

AVISO: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL



Número de Caso: _____
(El Secretario del Tribunal anotará el Número del Caso cuando usted presente este formulario)

Demandante: _____
(Escriba en letra de molde el nombre de pila y apellido de la persona que entabla la demanda).

Y

En el Tribunal (seleccione uno):
 Tribunal de Distrito
 Tribunal de Condado/Tribunal Estatutario de Condado
 Juzgado de Paz

Demandado: _____
(Escriba en letra de molde el nombre de pila y apellido de la persona a quien se demanda).

Condado _____ Texas

Declaración sobre Incapacidad de Pago de Costas de Tribunal y Fianza de Apelación

1. Su información

Mi nombre legal completo es: _____ Mi fecha de nacimiento es: ____/____/____
Nombre de Pila Segundo Nombre Apellido Mes / Día / Año

Mi dirección es: (Domicilio) _____
(Dirección Postal) _____

Mi número telefónico: _____ Mi correo electrónico: _____

Mis **dependientes**: Las personas a continuación dependen económicamente de mí:

Nombre	Edad	Parentesco conmigo
1 _____	_____	_____
2 _____	_____	_____
3 _____	_____	_____
4 _____	_____	_____
5 _____	_____	_____
6 _____	_____	_____

2. ¿Está siendo representado por alguna entidad de asistencia legal? (Seleccione una)

- Me está representando gratuitamente un abogado que trabaja para una entidad de asistencia legal o que recibió mi caso de una entidad de asistencia legal. El certificado que la entidad de asistencia legal me entregó lo adjunto bajo el título, "Anexo: Certificado de Asistencia Legal".
- Yo solicité a una entidad de asistencia legal que me represente y se determinó que por mi situación económica sí califico para ser representado, pero esta entidad de asistencia legal no pudo tomar mi caso. Estoy adjuntando documentación de la entidad de asistencia legal que manifiesta lo anterior.
- No me está representando ninguna entidad de asistencia legal. Yo no solicité representación de una entidad de asistencia legal.

3. ¿Recibe usted beneficios de asistencia pública?

- Yo no recibo beneficios de asistencia pública en función de mis necesidades. - o -
 - Yo sí recibo los siguientes **beneficios de asistencia pública/subsidios del gobierno** que están basados en los índices de indigencia:
(Seleccione TODOS los que apliquen para usted y adjunte comprobantes a este formulario, tales como copia del formulario indicando que usted calificó para recibirlos o copia de un cheque recibido).
- Cupones de comida/SNAP TANF Medicaid CHIP SSI WIC AABD
 Asistencia de Vivienda/Programa de Vivienda bajo Sección 8 Asistencia con Energía Eléctrica Asistencia de Urgencia
 Asistencia con Teléfono LIFELINE Asistencia Comunitaria bajo DADS Subsidio Adicional de Medicare bajo LIS
 Pensión para Veteranos de Guerra Asistencia con Guardería bajo el Programa CCDBG
 Asistencia del Condado, Asistencia Médica del Condado, o Asistencia General (GA)
 Otros
 beneficios: _____

4. ¿Cuál es su ingreso mensual y sus fuentes de ingresos?

Yo recibo los siguientes ingresos al mes:

\$ _____ de salario mensual. Yo trabajo en _____ para _____
Título de su puesto Compañía o Jefe

\$ _____ de beneficios de desempleo. He estado desempleado desde (indique fecha) _____.

\$ _____ de beneficios de Asistencia Pública al mes.

\$ _____ de ingresos de otras personas en mi hogar, al mes:

(Indique solo si otras personas contribuyen a los ingresos de su hogar).

\$ _____ de Jubilación/pensión Propinas, bonos Discapacidad Compensación al Trabajador
 Seguro Social Vivienda Militar Dividendos, intereses, regalías
 Manutención de Menores/Manutención Conyugal Recibida
 Ingresos de mi cónyuge o de otro miembro de mi hogar (si es que los hay)

\$ _____ de otros trabajos/de otras fuentes de ingreso (Describalos) _____

\$ _____ son mis ingresos **totales al mes.**

5. ¿Cuál es el valor de sus bienes?

Mis **bienes** incluyen:

Valor*

Dinero en Efectivo \$ _____

Cuentas bancarias, otros bienes financieros _____

_____ \$ _____

_____ \$ _____

_____ \$ _____

Vehículos (automóviles, lanchas) (modelo y año) _____

_____ \$ _____

_____ \$ _____

_____ \$ _____

Otros bienes (como joyas, acciones, terrenos, otra casa, etc.). _____

_____ \$ _____

_____ \$ _____

_____ \$ _____

Valor total de sus bienes → \$ _____

6. ¿Cuáles son sus gastos mensuales?

Mis **gastos mensuales** son:

Cantidad

Alquiler/Hipoteca/Mantenimiento de casa \$ _____

Alimentos y artículos para el hogar \$ _____

Luz, gas, agua y teléfono \$ _____

Ropa y lavado de ropa \$ _____

Gastos médicos y dentales \$ _____

Seguros (de vida, médico, de automóvil, etc.) \$ _____

Escuelas y guarderías \$ _____

Transportación, reparaciones de automóviles, gasolina \$ _____

Manutención a Menores/Manutención Conyugal \$ _____

Salarios retenidos por orden judicial \$ _____

_____ \$ _____

Pagos por deudas: (Indíquelos) \$ _____

_____ \$ _____

_____ \$ _____

Gastos Totales Mensuales → \$ _____

*El valor de sus bienes es la cantidad por la que la propiedad o pertenencia se vendería, menos el monto que aún se adeuda, si lo hubiera.

7. ¿Hay deudas u otros factores que expliquen su situación económica?

Mis **deudas** incluyen:

(Indique la clase de deuda y la cantidad que debe) _____

(Si usted desea que el tribunal considere otros factores, tales como gastos médicos excepcionales, emergencias familiares, etc., adjunte al formulario otra hoja con esta información y bajo el título, "Anexo: Información Adicional de Apoyo"). **Seleccione esta casilla si adjunta otra hoja.**

8. Declaración

Yo declaro, bajo pena de perjurio, que la información que antecede es correcta y verdadera. Declaro además que:

No puedo pagar las costas de tribunal.

No puedo aportar una fianza de apelación ni pagar un depósito en efectivo para apelar la decisión judicial de un magistrado.

Mi nombre es: _____ Mi fecha de nacimiento es: ____ / ____ / ____.

Mi dirección es: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal País

 firmado el ____ / ____ / ____ en _____ de _____
Firma Mes/Día/Año Nombre del Condado Estado