

# 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:

<small>Nombre</small>	<small>Edad</small>	<small>Parentesco conmigo</small>
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 (Descríbalos) \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ 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) <small>(modelo y año)</small>	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
Otros bienes (como joyas, acciones, terrenos, otra casa, etc.).	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
<b>Valor total de sus bienes</b>	<b>→ \$ _____</b>

**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: <small>(Indíquelos)</small>	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
<b>Gastos Totales Mensuales</b>	<b>→ \$ _____</b>

\*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