

ESTADO DE TEXAS

§

EN LA CORTE MUNICIPAL

VS.

§

CIUDAD DE LUFKIN

§

CONDADO DE ANGELINA, TEXAS

\_\_\_\_\_  
(Escriba su nombre)

**SOLICITUD DE PAGO, EXTENSIÓN, SERVICIO COMUNITARIO O RENUNCIA**

*Inicial de todas las que apliquen. No inicia si no se aplica.*

- \_\_\_ El Tribunal me ha aconsejado que soy responsable de satisfacer la sentencia y la condena en su totalidad.
- \_\_\_ Afirmo que yo soy incapaz de pagar la multa y los costos inmediatamente y que la siguiente información es la documentación de que tengo falta de recursos o ingresos para pagar hoy.
- \_\_\_ Solicitar que la corte extienda el plan de pago o conceder un plan de pago de tiempo.
- \_\_\_ Solicitar que ser capaz de descargar la multa y los costos por la realización de servicio comunitario, no tengo recursos para pagar y no puedo pagar la multa y los costos.
- \_\_\_ Me he decidido a ser indigente por el gobierno federal y estoy recibiendo o soy elegible para recibir asistencia bajo un programa federal.  
Nombre del programa (s): \_\_\_\_\_.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa#: # \_\_\_\_\_ de celular: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de emergencia: \_\_\_\_\_ sexo: M  Mujer  Jefe de casa mantenga: sí  No

Raza \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de Licencia / tarjeta de identificación # \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección postal (si difiere de la dirección arriba): \_\_\_\_\_

Su residencia es (marque uno): Alquilado  Propiedad  Alquiler Gratuito  Vivo con familiares y amigos  Personas sin hogar

Empleador: \_\_\_\_\_ título del trabajo \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Salario: \$ \_\_\_\_\_ por mes Número de teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Estado civil (marque uno):  casado  Solo  Se divorciaron  Viudo

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_ sueldo cónyuge \$ \_\_\_\_\_ por semana/ Quincenal /mensual

Empleador del cónyuge: \_\_\_\_\_ título del trabajo del cónyuge \_\_\_\_\_

Desempleado  recibir de desempleo \$: \_\_\_\_\_

Recibe beneficios de Seguro Social \$: \_\_\_\_\_

Indique si recibe algún otro ingreso y la cantidad de cualquier otro ingreso que reciba (por ejemplo, manutención infantil, pensión alimenticia, \$ \_\_\_\_\_

Lista de todos sus dependientes, sus edades y su relación con usted: \_\_\_\_\_

**LISTA DE TODAS LAS CUENTAS BANCARIAS A SU NOMBRE O DE QUE USTED PUEDE RETIRAR FONDOS:**

Nombre de institución	tipo de cuenta	<i>saldo de la cuenta</i>
-----------------------	----------------	---------------------------

--	--	--

**LISTA DE TODA PROPIEDAD DE USTED Y SU CÓNYUGE:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CALCULAR SU GASTOS MENSUALES PARA USTED Y SU FAMILIA:**

- a. Pago de la casa, alquiler o alquiler de lote para remolque \$ \_\_\_\_\_
- b. utilidades (electricidad, agua, gas: \$ \_\_\_\_\_
- c. celular: \$ \_\_\_\_\_
- d. Nota de coche: \$ \_\_\_\_\_
- e. seguro de coche: \$ \_\_\_\_\_
- f. alimentos \$ \_\_\_\_\_
- g. médico, dental y medicamentos gastos: \$ \_\_\_\_\_
- h. guardería: \$ \_\_\_\_\_
- i. pensión alimenticia \$ \_\_\_\_\_
- j. pagos de manutención de menores \$ \_\_\_\_\_
- l. impuestos deducidos de los salarios no incluido en la hipoteca: \$ \_\_\_\_\_
- m. otros gastos (use el reverso si es necesario): \_\_\_\_\_

**LISTA de todos de sus acreedores (incluyendo tarjetas de crédito, tasas de libertad condicional, etcetera.) Y LA CANTIDAD QUE CADA UNO DEBE**

_____ \$ _____	_____ \$ _____
_____ \$ _____	_____ \$ _____
_____ \$ _____	_____ \$ _____

**¿Cuánto está usted dispuesto a pagar hoy?:** \$ \_\_\_\_\_

**Su inicial por cada una de las siguientes afirmaciones indica que ha leído la declaración, la entiende y está de acuerdo con ella.**

\_\_\_ **Prometo** que notificaré a este Tribunal en persona o por correo de cualquier cambio de mi dirección o número de teléfono a 222 E. Shepherd Ave., Lufkin, Texas, 75902, dentro de los cinco 5 días del cambio.

\_\_\_ **Entiendo que tengo una obligación continua de informar al Tribunal sobre cualquier cambio en mi situación financiera que puede obstaculizar mi capacidad de satisfacer la sentencia.**

\_\_\_ Yo **entiendo** que si pago cualquier parte de la multa, gastos, o la restitución (si corresponde) 31 días después del juicio yo soy responsable de **pagar una tarifa de \$25** (sección 133.103, el Gobierno Local. Código) por ofensas antes del 1 de Enero de 2020, o \$15 por ofensas cometidas después del 1 de Enero de 2020. **Esta tarifa sólo se agrega una sola vez.**

\_\_\_ Yo **entiendo** que si tengo cualquier multas, costos o cargos que están pendientes más de 60 días, mi caso puede referir a la Agencia de colección y una cuota de 30% se aplicará a cada caso (artículo 103.0031, TX Código Penal Procedimiento).

\_\_\_ **Tengo entendido que la presentación de información financiera falsa al tribunal constituye el delito de manipulación de un expediente gubernamental, castigable por el encarcelamiento o la imposición de una multa (sección 37.10, Código Penal). Te juro que toda la información en esta solicitud es cierta, correcta y completa a lo mejor de mi conocimiento y creencia.**

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del demandado \_\_\_\_\_

**Esta solicitud debe llenarse completamente. No deje espacios en blanco. Una solicitud incompleta será no considerado por la corte.**

**Court Staff Use Only**

Request Comm. Service: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
16 hours hardship: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Physical issues: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Mental illness: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Felonies: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Finding of Indigence: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Transportation: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Refusal to complete Comm. Service: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

**Sworn and subscribed** before me on

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Lufkin Municipal Court Staff