

NOTICE: THIS DOCUMENT CONTAINS SENSITIVE DATA
NOTA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE DATOS CONFIDENCIALES



Numero de caso: _____
(La oficina del secretario completará el número de causa cuando presente este formulario)

Demandante: _____ En el _____ (Marque uno):
(nombre y apellido de la persona que presenta la demanda) _____ Tribunal del Distrito
Numero del Tribunal _____ Tribunal del Condado / de Justicia
 Y _____ Tribunal de Justicia

Demandado(a): _____ Texas
(nombre y apellido de la persona demandada.) _____ Condado

**DECLARACIÓN DE INCAPACIDAD PARA SUPLIR
 PAGOS SOBRE LOS GASTOS JUDICIALES O UNA
 FIANZA DE APELACIÓN**

1. Sus Datos

Mi Nombre Legal es: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ -
Mes/Día/Año

Mi dirección es: *(Casa)* _____
(Correo Postal) _____

Mi numero de tel.: _____ Mi correo electrónico: _____

Acerca de mis dependientes: las personas que dependen de mí económicamente a continuación

<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Parentesco</i>
1 _____	_____	_____
2 _____	_____	_____
3 _____	_____	_____
4 _____	_____	_____
5 _____	_____	_____
6 _____	_____	_____

2. ¿Está representado/a por ayuda Legal?

- Yo estoy siendo representado/a en este caso gratuitamente por un abogado que trabaja para un proveedor de ayuda legal, o un abogado que haya recibido mi caso a través de un proveedor de ayuda legal. He adjuntado el certificado que me dio el proveedor de asistencia legal como exhibición: certificado de asistencia jurídica.
- o-**
- Le pregunté a un proveedor de ayuda legal para que me representara, y el proveedor determina que soy económicamente elegible para la representación, pero el proveedor no pudo tomar mi caso. He adjuntado documentación de asistencia legal indica aquello.
- o-**
- Yo no estoy representado/a por asistencia legal. No solicité representación para asistencia legal.

3. ¿Recibe beneficios públicos?

- No recibo beneficios públicos basados en necesidades. - o -
- He recibido estos derechos de beneficios públicos/del gobierno que están basados en indigencia:
(Marque TODAS las casillas que correspondan y adjunte comprobantes con este formulario. Como una copia de elegibilidad a los siguientes programas o cheques.)
 - Cupones de alimento/SNAP
 - TANF Programa de asistencia temporal para familias necesitadas (temporary assistance for needy families).
 - Medicaid
 - CHIP (Programa medico de seguros para niños)
 - SSI (Seguridad de Ingresos Suplementarios)
 - WIC (Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños)
 - AABD (Asistencia para los ancianos, ciegos, y discapacitados)
 - Vivienda Publica o Vivienda de la Sección 8
 - Asistencia de gastos eléctricos/energía para los de bajo ingresos
 - Asistencia de emergencia
 - Teléfono Lifeline (Servicios de descuento para teléfonos básicos o celulares)
 - Servicios Comunitarios de DADS (Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas)
 - LIS in Medicare (“Ayuda Adicional” /subsidio de bajos ingresos)
 - Pensión para Veteranos basado en necesidades
 - Asistencia para cuidados de niños y desarrollo (Subsidio del Condado, cuidado de salud del condado, o asistencia general (GA).
 - Otro:

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

Recibo este ingreso mensual:

\$ _____ en salario mensual. Yo trabajo como _____ Para _____
Su título de trabajo Su empleador

\$ _____ en impuestos por desempleo. He estado desempleado desde *(Fecha)* _____.

\$ _____ en servicios públicos por mes.

\$ _____ por otras personas en mi hogar cada me: *(Haga una lista solo si otros miembros contribuyen al ingreso de su hogar.)*

- \$ _____ de Pensión de jubilación Propinas/Avance Discapacidad Compensación
- Seguro Social Vivienda militar Dividendos, intereses, derechos de autor
- manutención
- Ingresos de mi cónyuge u otro miembro *(Si esta disponible)* de mi hogar

\$ _____ otros trabajos/fuentes de ingreso. *(Describa)* _____

\$ _____ total de ingresos mensuales

5. ¿Cuál es el valor de su propiedad?

Mi propiedad incluye: **Valor***

Efectivo \$ _____

Cuentas bancarias, otros activos financieros \$ _____

_____ \$ _____

_____ \$ _____

Vehículos (carros, bores) *(modelo y año)* \$ _____

_____ \$ _____

_____ \$ _____

Otras propiedades (como joyas, acciones, terrenos, otras casas, etc.) \$ _____

_____ \$ _____

_____ \$ _____

Valor total de propiedad / \$ _____

6. ¿Cuáles son sus gastos mensuales?

Mis gastos mensuales son: **Cantidad**

Alquiler/pagos de casa/mantenimiento \$ _____

Comida y artículos para el hogar \$ _____

Servicios básicos y teléfono \$ _____

Ropa y servicios de lavandería \$ _____

Gastos médicos y dentales \$ _____

Seguro de (vida, medico, auto, etc.) \$ _____

Escuela y cuidados de niño \$ _____

Transportación, mecánicos, gas \$ _____

Manutención (conyugal, hijos) \$ _____

Salarios retenidos por orden judicial \$ _____

Pagos de deudas pagados a: *(Lista)* \$ _____

_____ \$ _____

_____ \$ _____

Gastos mensuales en total / \$ _____

*El valor es la cantidad por la cual se puede vender el vehículo, menos cantidad que todavía le debe, si es que debe algo

7. ¿Hay deudas u otros hechos que expliquen su situación financiera?

Mis deudas incluyen *(Lista de deudas y cantidad debida)* _____

(Si quiere que el tribunal considere otros hechos, como gastos médicos inusuales, emergencias familiares, etc. Adjunte otra pagina en esta solicitud y titúlela "exhibición: Datos adicionales de apoyo) *Marque la casilla si agrego otra pagina.*

8. Declaración

Declaro bajo pena de perjuicio que lo anterior es verdadero y correcto. I juro:

No puedo pagar los gastos del tribunal

No puedo presentar una fianza de apelación o pagar un deposito en efectivo para apelar una decisión judicial

Mi nombre es _____.

Mi fecha de nacimiento es: ____ / ____ / ____

Mi dirección es _____

Calle Ciudad Estado Código postal Condado

Firmado el: ____ / ____ / ____ in _____ County, _____

Firma Mes/Día/Año Nombre del condado Estado

