



# Tribunal Municipal de Austin

*Dirección:* 6800 Burleson Rd., Bldg 310, Ste 175, Austin, TX 78744

*Correo:* P.O. Box 2135, Austin, TX 78768

*Teléfono:* (512) 974-4800; *Fax:* (512) 974-4882

*Email:* [court@austintexas.gov](mailto:court@austintexas.gov); *Internet:* [www.austintexas.gov/court](http://www.austintexas.gov/court)



## INFORMACIÓN FINANCIERA / DECLARACIÓN JURADA DE INDIGENCIA

\_\_\_1. Puedo pagar la cantidad total y/o satisfacer el pago mensual, pero necesito una extensión para poder pagar. **(Complete la página 1 & firma solo si seleccionó el #1.)**

\_\_\_2. **Un plan de pagos:** Puedo pagar \$\_\_\_\_\_ cada mes a partir del (fecha)\_\_\_\_\_. *(complete toda la solicitud/ referirse a la oficina de conformidad)*

\_\_\_3. **Servicio comunitario como voluntario:** Soy indigente y puedo realizar\_\_\_\_\_ horas de servicio comunitario cada mes. Estoy disponible para trabajar las primeras horas el (fecha)\_\_\_\_\_. *(complete toda la solicitud/ referirse a la oficina de conformidad)*

\_\_\_4. Necesito hablar con un juez acerca de mi capacidad de pagar o de realizar servicio comunitario. *(complete toda la solicitud/ referirse a la oficina de conformidad)*

\_\_\_5. Recibo ayuda de un programa federal de asistencia para mí mismo o para algún dependiente (por ejemplo, estampillas para comida, *Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF)*, *Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)*, *mujeres, Bebés y Niños (WIC)*, Medicaid, Vivienda de Sección 8, ayuda por discapacidad). *(complete toda la solicitud/ referirse a la oficina de conformidad)*

\_\_\_6. Por ley tengo la obligación de asistir a la escuela y tengo menos de 19 años.*(complete toda la solicitud/referirse a la oficina de conformidad)*

\_\_\_7. Soy indigente y tengo una discapacidad física o mental que me impide realizar servicios en beneficio de la comunidad. Pido que se me exente de realizar dichos servicios de acuerdo con el espíritu de la cláusula titulada "Acomodo razonable" de la Ley para estadounidenses con discapacidades. *(complete toda la solicitud/referirse a la oficina de conformidad)*

Part I. Información personal			
<b>Apellido:</b>	<b>Primer Nombre:</b>	<b>Otros nombres: (alias)</b>	
<b>Numero de caso(s):</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>E-Mail:</b>	
<b>Dirección postal:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>
<b>Dirección domiciliario: (si es distinto a la dirección arriba.)</b>	<b>Teléfono de contacto:</b>	<b>Tipo:</b> <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	
<b>Núm. de licencia para manejar:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Num. de identificación del estado</b>	<b>Estado:</b>
<b>Nombre del empleador:</b>	<b>Teléfono del empleador:</b>		
<b>Dirección del trabajo:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>
<b>1a Referencia—Nombre</b>	<b>Relación con usted:</b>	<b>Referencia Teléfono</b>	
<b>2a Referencia—Nombre</b>	<b>Relación con usted:</b>	<b>Referencia Teléfono</b>	

***\*Si se seleccionó la opción (1): Pido el plan de pagos estándar y afirmo que entiendo sus disposiciones, tengo la capacidad de hacer los pagos sin falta y rechazo la oportunidad de permitir que el personal del juzgado considere pagos mensuales más pequeños o un plazo más largo de tiempo para completar los pagos.***

---

Firma del acusado

**Part II. Additional Information Required**

**Nombre: (de pagina 1)**

**Numero de Seguro Social:**

**Otras personas que viven en el hogar**

<b>1. Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b>Relación</b>	<b>3. Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b>Relación</b>
<b>2. Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b>Relación</b>	<b>4. Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b>Relación</b>

**A. Ingresos mensual/ Información del Empleador**

<b>Tipo de ingreso</b>	<b>Yo</b>	<b>Esposo</b>	<b>Total</b>
Salario (Bruto)			
Pago de desempleo			
Indemnización del obrero			
Pensión			
Seguro Social			
Sostenimiento de niños y/o Manutención del cónyuge (Cantidad recibida)			
Federal Assistance			
Discapacidad			
Otro			
Nombre del empleador (Esposo)	Dirección:		Teléfono:

**Subtotal A:** Para asegurar calculaciones precisas al final, utilice su mouse para dar doble clic sobre las casillas "Subtotal." \$

**B. Gastos**

<b>Tipo de gasto</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Type of Expense</b>	<b>Cantidad</b>
Sostenimiento niños o Manutención que se paga		Póliza de seguro	
Cuidado de niños (solo si trabaja)		Gastos médicos/dentales	
Transporte al trabajo (o pago del auto)		Gastos médicos y gastos asociados con el cuidado de parientes enfermos	
<b>Subtotal B:</b>			

**C. Ingresos totales**

**Ingresos totales mensuales(A) – Gastos totales permisibles (B) = Ingresos (C)**

<b>Subtotal A:</b>	
<b>Subtotal B:</b>	
<b>Grand Total C:</b>	

**D. Información acerca de los bienes**

<b>Tipo de bien:</b>	<b>Describe cuánto tiempo ha tenido la propiedad/Marca, modelo y año (si es pertinente)</b>	<b>Valor calculado:</b>
Cuentas corrientes		
Cuentas de ahorros		
Dinero en efectivo a la mano		
Dinero que se le debe al solicitante (a usted)		
Vehículos		
Camionetas/Barcos/Motocicletas		
Bienes raíces		
Acciones/Bonos/Certificados de Depósito		
Otra propiedad valiosa (describa)		
<b>Total general D:</b>		\$

**E. Otros gastos****Totales generales**

<b>Tipo de deuda/gasto</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Type of Liability</b>	<b>Cantidad</b>
Renta/ Hipoteca		Cable	
Alimentos		Agua/Aguas de desagüe/Basura	
Luz		Tarjetas de crédito	
Gas		Préstamos	
Combustible		Impuestos que usted debe	
Teléfono		Otro	
<b>Grand Total E:</b>			\$

**\*Juro que las declaraciones que hago en la presente son de mis conocimientos personales y son verídicas y correctas.**

**Firma del acusado**

**For Internal Use Only**  
**Judicial Review**

\_\_\_The court finds the defendant is unable to pay the fine and court costs assessed in the above cases(s) due to indigence.

\_\_\_The Court finds that based upon information provided, the Defendant is not indigent.

**SO ORDERED,** this \_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Judge

Review Date: \_\_\_\_\_ Case Number(s): \_\_\_\_\_

PID Number: \_\_\_\_\_

Please check all that apply:

\_\_\_Clerk completed form on behalf of customer who was unable to complete the form in writing.

\_\_\_Clerk obtained information from customer via phone.