**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*

Y

Tribunal del Condado / de Justicia

Tribunal de Justicia

Parte Demandada: Texas

*(nombre y apellido de la persona demandada.) Condado*

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

# 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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Nombre* | *Edad* | *Parentesco* |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |

1. **¿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.

1. ¿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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Recibo este ingreso mensual:

$ en salario mensual. Yo trabajo como Para .

*Su titulo 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 de mi hogar | | *(Si esta disponible)* |

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

$ total de ingresos mensuales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5. ¿Cuál es el valor de su propiedad?**  Mi propiedad incluye: **Valor\*** | **6. ¿Cuáles son sus gastos mensuales?**  Mis gastos mensuales son: | **Cantidad** |
| Efectivo $ | Alquiler, pagos de casa, mantenimiento | $ |
| Cuentas bancarias, otros activos financieros | Comida y artículos para el hogar | $ |
| $ | Servicios básicos y teléfono | $ |
| $ | Ropa y servicios de lavandería | $ |
| $ | Gastos médicos y dentales | $ |
| Vehículos (carros, bores) *(modelo y ano)* | Seguro de (vida, medico, auto, etc.) | $ |
| $ | Escuela y cuidados de niño | $ |
| $ | Transportación, mecánicos, gas | $ |
| $ | Manutención (conyugal, hijos) | $ |
| Otras propiedades (como joyas, acciones, terrenos, otras casas, etc.) | Salarios retenidos por orden judicial | $ |
| $ | Pagos de deudas pagados a: *(Lista)* | $ |
| $ |  | $ |
| $ |  | $ |

***Valor total de propiedad****�* **$ *Gastos mensuales en total*** *�* **$**

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

## ¿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.*

# 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*