



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) _____
Y _____ Numero del Tribunal ☐ Tribunal del Distrito
☐ 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

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

Nombre	Edad	Parentesco
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 auto
☐ 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?

Cantidad

Mis gastos mensuales son:

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

