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) *Numero del Tribunal*

☐ Tribunal del Distrito
☐ Tribunal del Condado / de Justicia
☐ Tribunal de Justicia

Y

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:
_____

© Form Approved by the Supreme Court of Texas by order in Misc. Docket No. 16-9122

4. ¿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***
Efectivo	$
Cuentas bancarias, otros activos financieros	
_____	$
_____	$
_____	$
Vehículos (carros, bores) *(modelo y ano)*	
_____	$
_____	$
_____	$
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 vehiculo, 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 _____.

© Form Approved by the Supreme Court of Texas by order in Misc. Docket No. 16-9122

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*