

**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
  - Seguro Social
  - manutención
  - Ingresos de mi cónyuge u otro miembro de mi hogar
  - Propinas/Avance
  - Vivienda militar
  - Discapacidad
  - Dividendos, intereses, derechos de autor
  - Compensación
- (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 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

