



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 autor  
 manutención  
 Ingresos de mi cónyuge u otro miembro (Si esta disponible) de mi hogar

\$ \_\_\_\_\_ otros trabajos/fuentes de ingreso. (Describe) \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ 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*

