



## Killeen Municipal Court of Record SOLICITUD DE EXTENSIÓN/PLAN DE PAGO

Complete toda la información a continuación imprimiendo de forma legible.

Asegúrese de tener TODOS los siguientes elementos para su entrevista con el personal de la corte:  
*(Identificación con foto, pago inicial, comprobante de dirección actual y número de teléfono válido)*

Nombre: _____					
(Apellido)	(Primer Nombre)	(Segundo Nombre)	(Apellido de soltero)		
_____	_____	Estado _____	_____		
(Fecha de Nacimiento)	(Numero de Licencia O de ID)			(No. De Seguro Social)	
Direccion: _____					
Numero/Nombre de Calle	No. de Apartamento	Ciudad	Estado	Codigo postal	
_____					
Direccion de envio	Numero/Nombre de Calle	No. de Apartamento	Ciudad	Estado	Codigo postal
Correo Electronico _____					
Telefono de Casa: _____		Telefono de Trabajo: _____		Numero Celular: _____	
Estado Civil: Casado(a) ____ Separados ____ Soltero(a) ____					
Nombre de Empleo _____					
Sueldo Libre: \$ _____		Semanal \$ _____		Por quincena \$ _____ Mensua \$ _____	
Apunte Dos Referencias Personales:					
Nombre _____		Numero de Telefono _____		Relacion _____	
Nombre _____		Numero de Telefono _____		Relacion _____	

The Collections Department will verify that the above information is truthful. Verification may include contacting past and present employers, relatives, and references. Failure to provide truthful information will be considered as being non-cooperative and can result in the defendant being directed to return to the originating Court. Failure to cooperate or make payments as ordered could result in the issuing of a warrant for your arrest.

<b><u>FOR EMPLOYEE USE ONLY</u></b>		
Type of Payment Plan (Circle):	<b>30 Day Extension</b>	<b>Monthly Payment Plan</b>
	Balance Due: \$ _____	Payment Amount \$ _____
	Date: _____	Date: _____
Approved by: _____		

Ability to Pay   
  Multiple Cases   
  Standing Judge Orders   
  Judges Orders



**KILLEEN MUNICIPAL COURT OF RECORD  
HOJA DE CÁLCULO DEL PLAN DE PAGO**

\_\_\_\_\_ Afirmo que soy incapaz de pagar la penalidad y gastos inmediatamente y que la información siguiente es la documentación que tengo recursos insuficientes o ingresos para pagar hoy

<u>INGRESO MENSUAL</u>		<u>GASTOS MENSUALES</u>	
Ingreso Mesual del Acusado	\$	Renta/Hipotecas	\$
Ingreso Mensual de su Pareja	\$	Utilidades Mensuales (Agua/Electricidad/Gas)	\$
Beneficios de Desempleo	\$	Telefono/Celular	\$
Temporaria Asistencia para Familias Necesitadas (TANIF)	\$	Comestibles	\$
Seguro Social	\$	Pagos de Automovil	\$
Pago de Jubilacion/ Retiro	\$	Aseguranza	\$
Pension de Incapacidad	\$	Gastos Medicos	\$
Veteran's Benefits (Beneficios de Veteranos)	\$	Manutencion de los Hijos	\$
Manutencion de los Hijos	\$	Otros Gastos: (Pagos de Guarderia)	\$
Estampillas de Comida	\$		\$
<b>INGRESO TOTAL</b>		<b>GASTOS EN SU TOTALIDAD</b>	
		<b>INGRESOS DISPONIBLE</b>	

**APUNTE TODOS SUS PERSONAS DEPENDIENTES, SUS EDADES, Y LA RELACIÓN DE USTE.**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____



LEA LAS SIGUIENTES DOS DECLARACIONES Y VERIFIQUE LA QUE MEJOR SE APLIQUE A SU SITUACIÓN

1. \_\_\_\_ Solicito para el repaso de mi informacion personal en orden de ser considerado para bajar pagos mensuales o un plan mas largo que el plan de pagos anterior mente.

OR

2. \_\_\_\_ Rechazo revision sobre mis datos personales para ser considerado en pagos mensuales más bajos o darle mas tiempo en el plan de pago que fue dado anterior mente. Entiendo las condiciones del plan de pago y seran cumplidas satisfactoriamente.

HÁGALE ACTUALMENTE RECIBEN AYUDA DE UNO O VARIOS DE LOS PROGRAMAS SIGUIENTES ATESTIGUO QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO ES VERDADERA Y CORRECTA:

Estampillas de Comida O programa de ayuda financiero \_\_\_\_\_

Programa federal de nutrición suplemental especial para mujeres, niños, y niños (WIC) \_\_\_\_\_

Programa de asistencia médica bajo el Capítulo 32, Código de Recursos Humano \_\_\_\_\_

Programa del plan de salud para nino bajo el Capítulo 62, Salud y Código de Seguridad) \_\_\_\_\_

Usted es requerido asistir a la escuela de acuerdo con la ley de asistencia escolar obligatoria en el Segundo. 25.085 del Código de Educación de Texas ) \_\_\_\_\_

SU INICIAL POR CADA UNA DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES INDICA QUE USTED HA LEÍDO, ENTENDE Y ACEPTA LA DECLARACIÓN.

\_\_\_\_ Prometo que hasta que mis multas han sido pagadas en su totalidad, notificare este tribunal en persona o por correo de primera clase de cualquier cambio de mi dirección o teléfono dentro de los cinco (5) días del cambio a la siguiente dirección

Killeen Municipal Court of Record
200 E. Avenue D, Suite 1, Killeen, Texas 76541

\_\_\_\_ Tengo entendido que hasta mis multas y costos judiciales esten pagadas en su totalidad tengo una obligación continuada para notificar al Tribunal de cualquier cambio en mi situación financiera que pueda dificultar mi capacidad para satisfacer la sentencia o ayudarme a cumplir la sentencia.

\_\_\_\_ Entiendo que si pago cualquier parte de la multa, los costos o restituciones (si corresponden) después de 31 días de juicio, que yo soy responsable de pagar un costo de tarifa de \$15 "Por el Tiempo de Pagar" (sección 133.103, código de Gobierno Local).

\_\_\_\_ Entiendo que la presentación de información financiera falsa a la corte constituye un delito de alteración de registro de gobierno, castigable por encarcelamiento y/o la imposición de una multa (sección 37.10, Código Penal). Juro que toda la información en esta solicitud es verdadera, correcta y completa al mejor de mi conocimiento y creencia.

ATESTIGUO QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO ES VERDADERA Y CORRECTA

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del acusado: \_\_\_\_\_

(Jurado presentado y suscrito ante mí por el declarante en) \_\_\_\_\_ of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

Público del notario//
SECRETARIO ADJUNTO DE LA CORTE MUNICIPAL