



Killeen Municipal Court of Record SOLICITUD DE 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)

(Fecha de Nacimiento) (Numero de Licencia O de ID) Estado (No. De Seguro Social)

Dirección: _____
Numero/Nombre de Calle No. de Apartamento Ciudad Estado Codigo postal

Dirección de envío 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.

FOR EMPLOYEE USE ONLY

Type of Payment Plan (Circle):

30 Day Extension

Monthly Payment Plan

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	\$		\$
INGRESO TOTAL		GASTOS EN SU TOTALIDAD	
		INGRESOS DISPONIBLE	

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, 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 governo, 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