

COLLIN COUNTY, TEXAS

CASE NO. _____

SO# _____

ACUERDO DE INDIGENCIA

(ESTA PARTE DEBE SER COMPLETADA POR O CON EL DEFECTO)

(Nombre) _____ / ____ / ____
 (Primer Nombre) (Inicial Medio) (Apellido) Fecha De Nacimiento

(Dirección) _____
 (Calle) (Apartamento) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Números de Teléfonos: _____
 (Casa) (Celular) (Trabajo) (Familia)

Correo electrónico: _____

Tienes Número de Seguro Social? Si _____ No
 (Numero de Seguro Social)

Recibo los siguientes beneficios:

- Medicaid Estampáis de Comida Ingresos Suplementarios de Seguro Social Vivienda Publica
 Asistencia temporal para familias necesitadas) Programa de Salud para Indigentes del Condado de Collin

Está usted empleado
 Si -Donde? _____ No - Tiempo de desempleo? _____ Semanas/Meses/Años
 (Elija uno)

Horas por semana: _____ & Pago por Hora: \$ _____ OR Salario: \$ _____ de Semana/Mes/Año
 (Elija uno)

Cuanto tiempo has trabajado allí? _____

Estado Civil Soltero Casado Divorciado Viudo Apartado

Nombre de Esposa : _____ Número de Seguro Social _____
 Primer Nombre Inicial Medio Apellido

Nombre de los hijos dependientes (0-17 yrs.)	Años	Nombre de los hijos dependientes (0-17 yrs.)	Años

INFORMACION DE RESIDENCIA

Alquilar o Poseer _____ Residir con la familia si o no _____ ¿sin hogar? si o no _____

INGRESOS MENSUALES Y ACTIVOS		GASTOS MENSUALES	
Salario Neto	\$ _____	Alquiler / Hipoteca	\$ _____
Salario Neto de Esposa	\$ _____	Utilidades	\$ _____
Manutención de hijos recibida	\$ _____	Gastos totales de niños (incluyendo la manutención de hijos pagada)	\$ _____
Estampáis de Comida	\$ _____	Comidas	\$ _____
Ingresos Suplementarios de Seguro Social	\$ _____	Costos de transporte	\$ _____
Otro cheque del gobierno	\$ _____	Telefono de Casa/Celular	\$ _____
Otros ingresos	\$ _____	Tasas de supervisión comunitaria	\$ _____
Activos (automóvil, casa, etc.)	\$ _____	Gastos Medicos	\$ _____
INGRESO MENSUAL TOTAL Y ACTIVOS	\$ _____	Pago mensual mínimo de tarjeta de crédito	\$ _____
		TOTAL GASTOS MENSUALES	\$ _____

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA

Juramento del Demandado

En este _____ día de _____, 20 _____, he sido informado de mi derecho a la
(día) (mes) (año)
representación por Consejo en relación con la acusación pendiente contra mí. Certifico que no tengo
medios para empleo el abogado de mi propia elección y por la presente pido al tribunal que designe
un abogado para mí.

Firma del Demandado

Fecha

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA

Declaración no Declarada por el Demandado

(Sólo el demandado)

Mi nombre es, _____ Mi fecha de nacimiento es _____
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido)

Mi dirección es _____, _____, _____, _____, _____
(Calle Numero y Nombre) (Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Condado)

Declaro bajo pena de perjurio que lo anterior es verdadero y correcto.

Ejecutado en el Condado de Collin, Estado de Texas, el _____ día de _____, _____.
(dia) (mes) (año)

POR FAVOR NO ESCRIBA EN ESTA SECCIÓN - PARA USO DEL PERSONAL SOLAMENTE

Clerk's Notes

DETERMINATION BASED ON:

TWC: _____ **Gross:** _____ **Net:** _____

Family Size: _____ **FS MC SSI/SSDI TANF CCIHP PH**

Other: _____

Defendant Currently Meets Eligibility Requirements?

YES

NO

FPL: _____ %

Date: _____

Clerk's Initials: _____