

COLLIN COUNTY, TEXAS

CASE NO. _____

SO# _____

ACUERDO DE INDIGENCIA

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

Fecha de Nacimiento
____/____/____

(Nombre) _____
 (Primer Nombre) (Inicial Medio) (Apellido)

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

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

Número 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? _____
 Cuanto tiempo has trabajado allí? _____

Horas por semana: _____ Pago por Hora: _____

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
designé 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 _____, _____.
(día) (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: _____