

NOTICE: THIS DOCUMENT CONTAINS SENSITIVE DATA

AVISO: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL



Statement of Inability to Afford Payment of Court Costs or an Appeal Bond
Declaración de Incapacidad de Pago de Costos de Tribunal o de Fianza de Apelación

CAUSE NO. \_\_\_\_\_

IN THE MATTER OF

§
§
§
§
§

IN THE COUNTY COURT

\_\_\_\_\_

AT LAW NUMBER SIX

JUVENILE-RESPONDENT

MONTGOMERY COUNTY, TEXAS

1. Your Information / Su Información

My full legal name is: \_\_\_\_\_ My date of birth is: \_\_\_\_\_
First Middle Last Month/Day/Year

My address is: (Home) \_\_\_\_\_
(Mailing) \_\_\_\_\_

My phone number: \_\_\_\_\_ My email: \_\_\_\_\_

2. About My Dependents / Mis Dependientes : "The people who depend on me financially are listed below." Use initials only for children under 18. "Las personas a continuación dependen económicamente de mí." Use iniciales para los menores de 18 años.

Table with 3 columns: Name/Nombre, Age/Edad, Relationship to Me/ Parentesco Conmigo. Contains 5 empty rows for data entry.

3. Are you represented by Legal Aid? ¿Está siendo representado por alguna entidad de asistencia legal? Check only one box. Seleccione solo una casilla.

- I am being represented in this case for free by an attorney who works for a legal aid provider...
I am not represented by legal aid / No me está representando ninguna entidad de asistencia legal.

4. Public Benefits / Beneficios de Asistencia Pública

- Do you or any of your dependents receive public benefits? ¿Recibe usted o sus dependientes beneficios de asistencia pública?
Yes / Sí No / No
If you answered yes, check all that apply below and attach proof to this form, such as a copy of an eligibility form or check.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Food stamps/SNAP<br>Cupones de comida/SNAP  | <input type="checkbox"/> TANF<br><input type="checkbox"/> CHIP<br><input type="checkbox"/> WIC  | <input type="checkbox"/> Needs-based VA Pension /<br>Pensión para Veteranos de<br>Guerra en base a<br>necesidades   |
| <input type="checkbox"/> Medicaid<br><input type="checkbox"/> SSI/SSDI<br><input type="checkbox"/> Lifeline<br><input type="checkbox"/> Low-Income Home Energy<br>Assistance / Asistencia con<br>Energía Eléctrica | <input type="checkbox"/> Public Housing or Section 8<br>Housing / Asistencia de Vivienda o<br>Programa de Vividena Sección 8  | <input type="checkbox"/> Child Care Assistance<br>under Child Care and<br>Development Block Grant /<br>Asistencia con Guardería<br>bajo el Programa CCDBG |
| <input type="checkbox"/> LIS in Medicare (“Extra<br>Help”) / Subsidio Adicional de<br>Medicare bajo el Programa LIS  | <input type="checkbox"/> County Assistance, County<br>Health Care, or General Assistance<br>(GA) / Asistencia del Condado,<br>Asistencia Médica del Condado, o<br>Asistencia General (GA) | <input type="checkbox"/> Community Care via HHS /<br>Ayuda Comunitaria bajo HHS   |
| <input type="checkbox"/> Other / Otros beneficios  | <input type="checkbox"/> Other / Otros beneficios   |   |

**5. What are your monthly income sources? ¿Cuáles son sus fuentes de ingresos mensuales?**

- My **take-home** pay is/Mi pago neto es \$ \_\_\_\_\_ in monthly wages/en sueldo mensual.
- I work as a/Yo trabajo como \_\_\_\_\_ (your job title/título de su puesto) for/  
para \_\_\_\_\_ (your employer / compañía o jefe).
- \$ \_\_\_\_\_ is my total **monthly** income / son mis ingresos totales **al mes**.

These are my income sources. Estas son mis fuentes de ingresos.

- \$ \_\_\_\_\_ in unemployment / en beneficios de desempleo.  
I have been unemployed since/ He estado desempleado desde \_\_\_\_\_ (date/fecha).
- \$ \_\_\_\_\_ in public benefits / en beneficios de Asistencia Pública.
- \$ \_\_\_\_\_ from people in my household other than my spouse / de ingresos de otras  
personas en mi hogar que no son de mi cónyuge.
- \$ \_\_\_\_\_ from retirement or pension / de jubilación o pensión.
- \$ \_\_\_\_\_ from tips or bonus / de propinas o bonos.
- \$ \_\_\_\_\_ from disability / de discapacidad.
- \$ \_\_\_\_\_ from worker’s comp / de compensación al trabajador.
- \$ \_\_\_\_\_ from social security / de seguro social.
- \$ \_\_\_\_\_ from military housing / de vivienda militar.
- \$ \_\_\_\_\_ from dividends, interest, or royalties / de dividendos, intereses, o regalías.
- \$ \_\_\_\_\_ from child or spousal support / de manutención de menores o manutención  
conyugal.
- Answer only if your spouse is not your opponent. Responda sólo si su ccónyuge no es parte  
contraria en esta causa legal. \$ \_\_\_\_\_ from my spouse’s income / de ingresos de mi  
cónyuge.
- \$ \_\_\_\_\_ from other jobs/sources of income / de otros trabajos/fuentes de ingresos.  
Describe / describa: \_\_\_\_\_

**6. What is the value of your assets or property? ¿Cuál es el valor de sus bienes o propiedades? My  
property includes / Mis bienes incluyen:**

Value/Valor: The value is the amount the item would sell for less the amount you still owe  
on it, if anything/El valor de sus bienes es la cantidad por la que la propiedad o  
pertenencia se vendería, menos el monto que aún se adeuda, si lo hubiera.

- Cash/Dinero En Efectivo \$ \_\_\_\_\_
- Bank Accounts, Other Financial Assets/Cuentas Bancarias, Otros Bienes Financieros:

	\$
	\$
	\$

- Cars and boats (make and year)/Automóviles, lanchas (modelo y año)

	\$
	\$
	\$

- Other property like jewelry, stocks, land, a second house. (Do not list your homestead.)  
Otros bienes como joyas, acciones, terrenos, una segunda casa. (No indique su hogar  
familiar.)

	\$
	\$
	\$
	\$
Total Value of Property / Valor Total de Sus Bienes	\$

**7. What are your monthly expenses that are not deducted from your paycheck? ¿Cuáles son sus gastos mensuales que no son descontados de su cheque de sueldo?**

My monthly expenses are / Mis gastos mensuales son:	Amount/Cantidad
Rent/House Payments; Maintenance Alquiler/ Hipoteca; Mantenimiento de casa	\$
Food and household Supplies / Alimentos y artículos para el hogar	\$
Utilities and telephone / Utilidades y telefono	\$
Clothing and Laundry / Ropa y Lavado de Ropa	\$
Medical and Dental Expenses / Gastos medicos y dentales	\$
Insurance (life, health, auto, etc.) Seguros (de vida, médico, de automóvil etc.)	\$
School and childcare / Escuelas y guarderías	\$
Transportation, auto repair, gas / Transportación, reparaciones de auto-móviles, gasolina	\$
Child and/or Spousal Support / Manutención a Menores y/o Conyugal	\$
Debt payments to (list): Pagos por deudas hechas a (indíquelos):	\$
	\$
	\$
Wages withheld by court order / Sueldo retenido por orden judicial	\$
Other Expenses (list) / Otros gastos (indíquelos):	\$
	\$
	\$
Total Monthly Expenses / Gastos Totales Mensuales.	\$

**8. Are there debts or other facts explaining your financial situation? ¿Hay deudas u otros factores que expliquen su situación económica?**

**My debts include (list debt and amount owed):**

Mis duedas incluyen (indique deuda y la cantidad que debe):

	\$
	\$
	\$
	\$
	\$

If you want the court to consider other facts, such as unusual medical expenses, family emergencies, etc., attach another page to this form labeled "Exhibit: Additional Supporting Facts." Si usted desea que el tribunal considere otros factores, tales como gastos médicos excepcionales, emergencias familiares, etc., adjunte al formulario otra hoja con esta información y bajo el título, "Anexo: Información Adicional de Apoyo."

**9. Ability to Pay Court Costs. Declaración sobre su Habilidad de Pagar Costas de Tribunal.** Check only one box. Seleccione solo una casilla.

- I cannot afford to pay court costs. No puedo pagar las costas de tribunal.  
 I cannot furnish an appeal bond or pay a cash deposit to appeal a justice court decision, and I cannot afford to pay court costs. No puedo aportar una fianza de apelación ni pagar un depósito en efectivo para apelar la decisión judicial de un magistrado, y no puedo pagar costas de tribunal.

**10. Declaration/Affidavit/ Declaración Escrita Bajo Juramento.**

Fill out only one box. If you fill out the Declaration, you will not need to sign the form in front of a notary public. If you do not want to list your address for privacy or safety concerns, take the form and photo identification, and fill out the Affidavit box in front of a notary public. Llène solo una opción. Si usted llena la Declaración, no necesitará firmar el formulario ante un notario. Si usted no quiere que aparezca su domicilio en el documento para conservar su privacidad o por motivos de su seguridad, lleve el formulario y una identificación con fotografía y llene la sección de la Declaración Escrita Bajo Juramento ante un Notario.

**Option 1 / Opción 1**

**Declaration:** I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct./**Declaración:** Yo declaro bajo pena de perjurio que la información a continuación es correcta y verdadera.

- My name is / Mi nombre es: \_\_\_\_\_
- My Date of birth is / Mi Fecha de nacimiento es: \_\_\_\_\_
- My address is / Mi domicilio es: \_\_\_\_\_
- Signature / Firma \_\_\_\_\_
- Date (month, day, year) / Fecha (mes, día, año) \_\_\_\_\_
- County, state / Condado, estado \_\_\_\_\_

**11. Interpreter/ Interprete**

Check Yes or No. Will you be requesting an interpreter?/Va a necesitar un interprete?

**Yes / Si**

**No / No**

If you answered YES, please contact the Court immediately at 936-538-5380. Si respondio SI, por favor notifique al tribunal lo mas pronto posible al 936-538-5380.