

**SOLICITUD PARA PLAN DE PAGO
GRAYSON COUNTY TEXAS**

Numero de Caso(s) _____

Fechas ____ / ____ / ____

Información Personal del Demandado

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____
 _____ Primero Segundo Apellido

Dirección _____
 _____ Calle Apt No. Cuidad Estado Código Postal

Teléfonos _____
 _____ Casa _____ Cellular _____ Correo Electronico _____

Numero Social _____ Licencia de Conducir _____

Estado Civil : Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

Nombre de Pareja/Socio _____
 _____ Primero Segundo Apellido

Teléfono de Pareja # _____ Correo Electronico de su Pareja _____

Niños menores de 18 años: (0-18 yrs.) Edad Relación Dirección donde viven

Nombre	Edad	Relación	Dirección donde viven

Información de Residencia

Renta: ____ Si ____ no Nombre de apartment o dueño: _____ Teléfono: _____

Dueño: ____ Si ____ no

Libre de renta: ____ Si ____ no

Con quien vive? : _____ Telefono: _____

Información de Empleador

Nombre de empleador: _____ Contact o Supervisor: _____

Dirección: _____ Fechas de empleo: _____ a _____

Su titulo o posición: _____ Horas por semana _____ Sueldo: \$ _____

Teléfono de empleador: _____ Salario anual (incluyendo la comisión) \$ _____

Proxima fecha de pago: _____ Circulo uno: Semanal Quincenal Mensual Otro: _____

* Si desempleado por qué y por cuánto tiempo: _____ ¿Eres un estudiante de secundaria? _____ Escuela _____

Nombre de empleador de su pareja/socio: _____ Fechas de empleo: _____ a _____

Dirección de empleado de su pareja/socio: _____ Horas por semana _____ Sueldo: \$ _____

Título o posición de su pareja/socio: _____ Salario anual: \$ _____

Teléfono de empleador de su pareja/socio: _____

Proxima fecha de pago: _____ Circulo uno: Semanal Quincenal Mensual Otro: _____

MONTHLY INCOME – ALL SOURCES			
Dinero que se llera a casa	\$	Retiro / Pensión	\$
Sueldo de su pareja a casa	\$	Ingreso de negocios	\$
Manutención de los hijos	\$	Ingreso de propiedades de renta	\$
Beneficios de seguro social	\$	TANF	\$
Beneficios de desibilidad	\$	Contrato / ingresos en efectivo de la mano de obra	\$
Compensacion de trabajadores	\$	Regalos en efectivo	\$
Compensacion de desempleo	\$	Otro	\$

¿Recibe alguno de los siguientes?: Estampillas \$ _____ Medicaid _____ WIC _____ CHIPS _____

GASTOS	PAGO MENSUAL	GASTOS	PAGO MENSUAL
Renta o pago de casa	\$	Uniformes	\$
Pago de auto	\$	Cable o internet	\$
Aseguransa de auto	\$	Cellular / teléfono de casa	\$
Cuidado de niños	\$	Gastos medicas	\$
Manutencion se no es deducida	\$	Aseguransa - otro	\$
Agua	\$	Prestamos	\$
Gas de casa	\$	Tarjetas de credito	\$
Gas de auto	\$	Costo de probatoria	\$
Electricidad	\$	Dispositivo de pulmon	\$
Comida	\$	Monitor electronico	\$
Restaurante / Comida rapida	\$	Mascotas	\$
Ropa	\$	Boletos de lotencia	\$
Entretenimiento	\$	Dinero enviado fuera del paiz	\$
Actividades de niñon	\$	Bebidas alcohólicas	\$
Actividades recreativas	\$	Cigarillos / tabacco	\$
Uso de marijuana /o otras drogas illegals	\$	Abogado	\$
Costos de probatoria a fuera del condado	\$	Fianza	\$
Costos de corte / multas fuera del condado	\$	Otro	\$

BIERAS PERSONALES						
Autos	Año	Marca	Modelo	Pago Mensual	Valor / Equilibrar	Numero de placa

OTRO INFORMACIÓN

TIENE UN PLAN DE PAGO CON EL CONDADO DE GRAYSON: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> QUE TIPO: CRIMINAL <input type="checkbox"/> JUSTICE OF THE PEACE <input type="checkbox"/>			
Tiene usted otros Casos Criminales en otros Condados:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo?
Esta usted en libertad condicional por medio de TDCJ o otros Estados:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo?
Lista oficial de libertad condicional / agente de libertad condicional Nombre:	Teléfono:		

TRES REFERENCIAS PERSONALES		
Nombre	Dirección	Teléfono

Consideraciones financieras que quisiera que la corte supiera que impacta su capacidad para pagar todos los honorarios, multas y costos inmediatamente
CANTIDAD QUE USTED PUEDE PAGAR HOY : \$

Si alguien le va a ayudar a pagar los cargos de la corte porfavor escriba la informacion correspondiente abajo.

CONTACTO DE EMERGENCIA (Diferentes de arriba)	
Nombre:	Teléfono:
Dirección:	
Relacion de Usted:	
Nombre:	Teléfono:
Dirección:	
Relacion de Usted:	

Intencionalmente o con conocimiento dar la información falsa o incompleta podía dar lugar a su procesamiento de la ofensa del perjurio agravado, un crimen. El castigo para el perjurio agravado incluye el encarcelamiento para no exceder diez (10) anos y una multa para no exceder diez mil dólares (\$10,000).

Autorizo por este medio a cualquier representante señalado del Condado de Denton a conducir una investigación cuidadosa de mis declaraciones.

Toda la información prevista anteriormente es verdadera al mayor de mi capacidad bajo pena de perjurio.

Firma Del Demandado

Fecha

Colecciones

Fecha

Verificado por personal