

# SUPLEMENTO DE LA DECLARACIÓN DE INDIGENCIA

Y SOLICITUD DE UNA EXENCIÓN,  
SUSTITUCIÓN O PAGO ESTATAL DE COSTES  
Y TARIFAS

*(Nota: Si usted marcó (C) en la DECLARACIÓN DE INDIGENCIA, debe completar este formulario.)*

\_\_\_\_\_  
Tribunal

\_\_\_\_\_  
Nombre y Número del Caso (si se saben)

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

(Calle y número del domicilio)

(Ciudad o pueblo)

(Estado y código postal)

Bajo las disposiciones de las Leyes Generales, Capítulo 261, Secciones 27A-27G, juro o afirmo lo siguiente:

## 1. DATOS PERSONALES

(a) Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

(b) Nivel de Educación: \_\_\_\_\_

(c) Formación Especial: \_\_\_\_\_

(d) Enumere cualquier discapacidad física o mental que desee divulgar y que impacte su habilidad de ganar ingresos o a sus gastos diarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(e) Número de Hijos Dependientes: \_\_\_\_\_

## 2. INGRESOS DESPUÉS DE DESCONTAR LOS IMPUESTOS (mensual)

(a) Si vienen sus ingresos de un empleo, escriba su oficio y el nombre y la dirección de su empleador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(b) Fuentes de ingresos, si no son de un empleo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(c) Mis ingresos brutos de los últimos doce meses fueron: \$ \_\_\_\_\_

(d) Ingresos brutos (mensuales): \$ \_\_\_\_\_

(e) Impuestos deducidos (mensuales):

Impuesto Federal \$ \_\_\_\_\_

Impuesto Estatal \$ \_\_\_\_\_

Seguridad Social \$ \_\_\_\_\_

Medicare \$ \_\_\_\_\_

Otros Impuestos (*especifique*) \$ \_\_\_\_\_

Total de Impuestos Deducidos \$ \_\_\_\_\_

(f) Ingresos Totales Después de Descontar los Impuestos  
(*reste 2(e) de 2(d)*): \$ \_\_\_\_\_

(g) Si algún otro miembro de su hogar tiene trabajo, escriba su oficio y el nombre y la dirección de su empleador y sus ingresos mensuales después de descontar los impuestos:

**3. INGRESOS NETOS (mensuales)**

(a) Ingresos Después de Descontar Impuestos (*de la línea 2(f)*): \$ \_\_\_\_\_

(b) Gastos (mensuales):

Alquiler/Hipoteca	\$ _____	Gastos Médicos No Cubiertos por Seguro	\$ _____
Comida	\$ _____	Cuidado Infantil	\$ _____
Electricidad	\$ _____	Gastos Educativos Infantiles	\$ _____
Gas	\$ _____	Pensión Alimentaria	\$ _____
Aceite	\$ _____	Ropa	\$ _____
Agua	\$ _____	Lavadora/Limpieza	\$ _____
Teléfono	\$ _____	Seguro de Auto	\$ _____
Seguro Médico	\$ _____	Gastos de Transporte	\$ _____
Otro ( <i>especifique</i> ):			\$ _____

Total de Gastos \$ \_\_\_\_\_

(c) Ingresos Descontando Impuestos y Gastos (mensuales) (*reste 3(b) de 3(a)*): \$ \_\_\_\_\_

**4. BIENES (LOS QUE LE PERTENECEN, NO QUE ALQUILA/RENTA)**

(a) ¿Vivienda? Sí No Valor Comercial Actual \$ \_\_\_\_\_ Saldo \$ \_\_\_\_\_

(b) ¿Carro? Sí No Año y Modelo \_\_\_\_\_  
Valor Comercial Actual \$ \_\_\_\_\_ Saldo \$ \_\_\_\_\_

(c) Cuentas Bancarias (Indique el tipo y el monto)

(d) Otras propiedades incluyendo bienes raíces/inmuebles (indique el tipo y el valor de cada)

**5. DEUDAS**

(a) Especifique:

**6. MISCÉLANEO**

(a) ¿Otros hechos que podrían tener relación con su habilidad de pagar los costes y tarifas?

Firmado bajo pena de perjurio: Firma: x \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido (Letras de Molde): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

**Por orden del Tribunal Supremo de Justicia, toda la información en esta declaración jurada es CONFIDENCIAL. Excepto bajo orden especial de un tribunal, no se divulgará tal información a nadie que no sea el personal judicial autorizado, el solicitante, el abogado del solicitante o cualquier persona autorizada por escrito por parte del solicitante.**

Este formulario fue prescrito por el Juez Presidente del SJC conforme a G.L. c. 261, § 27B. Promulgado en marzo, 2003. PDF modificable creado en agosto del 2013. Traducida al español en el 2021.