

OJO: Todos los formularios deberán completarse en inglés. De lo contrario, no se le permitirá presentar sus documentos en la Secretaría del Tribunal.

For Clerk's Use Only
(Para uso de la Secretaría solamente)

Person Filing: _____

(Nombre de persona:)

Address (if not protected): _____

(Mi domicilio) (si no protegida:)

City, State, Zip Code: _____

(ciudad, estado, código postal:)

Telephone: / (Número de Tel. :) _____

Email Address: _____

(Dirección de correo electrónico:)

Lawyer's Bar Number: / (Número de colegio abogado:) _____

Representing Self, without a Lawyer or Attorney for Petitioner OR Respondent

(Representando Sí mismo, sin un abogado o Abogado para Peticionante O Demandado)

**SUPERIOR COURT OF ARIZONA
IN MARICOPA COUNTY**
(TRIBUNAL SUPERIOR DE ARIZONA
CONDADO DE MARICOPA)

Name of Petitioner/Plaintiff

(Nombre del/de la Peticionante/Demandante)

Case Number:

(Número del caso)

**SUPPLEMENTAL APPLICATION FOR
DEFERRAL OR WAIVER OF COURT FEES
AND/OR COSTS**

(SOLICITUD COMPLEMENTARIA PARA EL
APLAZAMIENTO O EXENCIÓN DE LOS
HONORARIOS Y / O COSTOS DEL
TRIBUNAL)

Name of Respondent/Defendant

STATE OF ARIZONA)

COUNTY OF _____) **ss**

Notice. A Fee Deferral is only a temporary postponement of the payment of the fees due. You may be required to make payments depending on your income. A Fee Waiver is usually permanent unless your financial circumstances change during the pendency of this court action.

I am requesting a deferral/waiver of any unpaid fees and/or costs in my case. I understand that if I request deferral or waiver because I am a participant in a government assistance program, I am required to provide proof at the time of filing. The document(s) submitted must show my name as the recipient of the benefit and the name of the agency awarding the benefit. **Note.** All other applicants must complete the financial questionnaire beginning at section 3. If you are a participant in one of the programs in section 1 or 2 (below), you do not need to complete the financial questionnaire, and can proceed to the signature page.

(Aviso. Un cargo por el aplazamiento es sólo un aplazamiento temporal del pago de los cánones correspondientes. Usted puede ser obligado a hacer los pagos en función de sus ingresos. Una exención de la cuota general es permanente a menos que sus circunstancias económicas cambian durante la tramitación de esta acción judicial.

Estoy solicitando un aplazamiento / exención de las tasas y / o gastos pendientes de pago en mi caso. Entiendo que si solicito el aplazamiento o renuncia porque soy un participante en un programa de ayuda del gobierno, tengo la obligación de justificar en el momento de la presentación. El documento (s) que se presenten deberán mostrar mi nombre que el beneficiario de la prestación y el nombre de la agencia de la concesión de la prestación. Nota. Todos los demás solicitantes deben completar el cuestionario financiero que comienza en la sección 3 Si usted es un participante en uno de los programas en la sección 1 o 2 (por debajo), que no es necesario para completar el cuestionario financiero, y puede pasar a la página de la firma.)

1. **DEFERRAL: I receive government assistance from the state or federal program marked below or am represented by a not for profit legal aid program:**

(APLAZAMIENTO: Recibo ayuda del gobierno del programa estatal o federal marcado abajo o estoy representado por un no para el programa de asistencia jurídica de lucro:)

Temporary Assistance to Needy Families (TANF) / (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF))

Food Stamps / (Cupones de Alimentos)

Legal Aid Services / (El Legal Aid Services)

2. **WAIVER: / (EXENCIÓN)**

I receive government assistance from the federal Supplemental Security Income (SSI) program.

(Yo recibo ayuda del gobierno del programa federal de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).)

3. **FINANCIAL QUESTIONNAIRE / (Cuestionario Financiera)**

SUPPORT RESPONSIBILITIES. List all persons you support (including those you pay child support and/or spousal maintenance/support for):

(RESPONSABILIDADES DE SOPORTE TÉCNICO. Enumere todas las personas que de apoyo (incluyendo los que se paga la manutención de menores y / o manutención del / de):)

NAME	RELATIONSHIP
(Nombre)	(Relación)
_____	_____
_____	_____
_____	_____

STATEMENT OF INCOME AND EXPENSES / (DECLARACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS)

Employer name: _____
(Nombre del patrón:)

Employer phone number: _____
(Número de teléfono del empleador)

I am unemployed (explain): _____
(Estoy desempleado (explicar en Inglés):)

My prior year's gross income: \$ _____
(Ingreso bruto de mi año anterior:)

MONTHLY INCOME

My total monthly gross income: \$ _____
(Mi total del ingreso bruto mensual:)

My spouse's monthly gross income (if available to me): \$ _____
(El ingreso bruto mensual de mi cónyuge (tengo acceso a este ingreso):)

Other current monthly income, including spousal maintenance/support, retirement, rental, interest, pensions, and lottery winnings:
(Otros ingresos mensuales actuales, incluyendo la manutención del / de apoyo, la jubilación, alquiler, intereses, pensiones y premios de lotería:)
\$ _____

TOTAL MONTHLY INCOME \$ _____
(Ingreso mensual total:)

MONTHLY EXPENSES AND DEBTS: My monthly expenses and debts are:
(GASTOS Y DEUDAS MENSUALES: Mis gastos y deudas mensuales son (escribe en inglés):)

	PAYMENT AMOUNT	LOAN BALANCE
Rent/Mortgage payment (Pago del alquiler/hipoteca)	\$ _____	\$ _____
Car payment (Pago del automóvil)	\$ _____	\$ _____
Credit card payments (Pagos de tarjetas de crédito)	\$ _____	\$ _____
Explain: _____ (Explique en inglés)		
Other payments & debts (Otros pagos y deudas)	\$ _____	\$ _____
Household (el hogar)	\$ _____	
Utilities/Telephone/Cable (Servicios públicos/teléfono/cable)	\$ _____	
Medical/Dental/Drugs (Gastos médicos/fármacos)	\$ _____	
Health insurance (Aseguranza médica)	\$ _____	
Nursing care (Atención para personas mayores)	\$ _____	
Tuition (Matrícula)	\$ _____	
Child support (Manutención de menores)	\$ _____	
Child care (Cuidado de menores)	\$ _____	
Spousal maintenance (Manutención del cónyuge)	\$ _____	

Car insurance \$ _____
(Seguro del automóvil)
Transportation \$ _____
(Transporte)
Other expenses (explain) \$ _____
(Otros gastos (explicar en Inglés))

TOTAL MONTHLY EXPENSES \$ _____
(TOTAL DE GASTOS MENSUALES)

STATEMENT OF ASSETS: List only those assets available to you and accessible without financial penalty.
(ESTADO DE LOS ACTIVOS: Lista únicamente los activos disponibles y accesibles sin sanción pecuniaria.)

ESTIMATED VALUE

Cash and bank accounts \$ _____
(Efectivo y cuentas de banco)
Credit union accounts \$ _____
(Cuentas en cooperativas de crédito)
Other liquid assets \$ _____
(Otros activos líquidos)

TOTAL ASSETS \$ _____
(ACTIVOS TOTALES)

THE BASIS FOR THE REQUEST IS:

4. **DEFERRAL:**

(APLAZAMIENTO:)

- A. **My income is insufficient or is barely sufficient to meet the daily essentials of life, and includes no allotment that could be budgeted for the fees and costs that are required to gain access to the court. My gross income as computed on a monthly basis is 150% or less of the current federal poverty level. (Note: Gross monthly income includes your share of community property income if available to you.)**

(Mis ingresos son insuficientes o apenas suficientes para satisfacer las necesidades básicas diarias de la vida, y no incluye ninguna asignación que podrían ser presupuestado para los honorarios y costos que se requieren para acceder a la corte. Mi ingreso bruto calculado mensualmente es 150% o menos del nivel de pobreza federal. (Nota: el ingreso mensual bruto incluye su porción de renta de la propiedad de la comunidad si está disponible para usted.)

OR / (O)

- B. **I do not have the money to pay court filing fees and/or costs now. I can pay the filing fees and/or costs at a later date. Explain.**

(Yo no tengo el dinero para pagar los honorarios y / o costos de presentación judicial ahora. Puedo pagar los honorarios y / o costos de presentación en una fecha posterior. Explique en Inglés.)

OR / (O)

C. My income is greater than 150% of the poverty level, but have proof of extraordinary expenses (including medical expenses and costs of care for elderly or disabled family members) or other expenses that reduce my gross monthly income to 150% or below the poverty level.

(Mi ingreso es mayor del 150% del nivel de pobreza, pero tienen pruebas de los gastos extraordinarios (incluyendo gastos médicos y los costos de atención a familiares de edad avanzada o con discapacidad) u otros gastos que reducen mi ingreso mensual bruto a 150% o por debajo del nivel de pobreza.)

DESCRIPTION OF EXPENSES <i>(Descripción (en inglés))</i>	AMOUNT <i>(Cantidad)</i>
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
TOTAL EXTRAORDINARY EXPENSES <i>(TOTAL DE GASTOS EXTRAORDINARIOS)</i>	\$ _____

5. **WAIVER: / (EXENCIÓN)**

I am permanently unable to pay. My income and liquid assets are insufficient or barely sufficient to meet the daily essentials of life and are unlikely to change in the foreseeable future.

(Estoy permanentemente incapaz de pagar. Mis ingresos y activos líquidos son insuficientes o apenas suficientes para satisfacer las necesidades básicas diarias de la vida y no es probable que cambie en el futuro previsible.)

OATH OR AFFIRMATION / (JURAMENTO O AFIRMACIÓN)

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct.

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

Date
(Fecha)

Signature
(Firma)

Applicant's Printed Name
(Imprenta del Solicitante Nombre)

Date
(Fecha)

Deputy Clerk or Notary Public
(Subsecretario o Notario Público)

My Commission Expires/Seal:
(Mi comisión expira / sello:)