



APPLICATION FOR EXTENSION OF TIME FOR PAYMENT OF FINE, COURT COSTS AND FEES/SOLICITUD DE EXTENCION DE TIEMPO DE PAGO

(OFFICE USE ONLY/USO DE OFICINA)

<u>Case Number:</u>	<u>FG Date:</u>	<u>Amount Owed:</u>	<u>Payment</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

PERSONAL (INFORMACIÓN PERSONAL): Complete all information and print legibly (Complete toda la información con letra legible)

Name/Nombre: _____
 Last Name (Apellido) _____ First (Nombre) _____ Middle (Segundo Nombre) _____

Address/Domicilio: _____
 Number (Número) _____ Street (Calle) _____ City (Ciudad) _____ State (Estado) _____ Zip Code (Codigo Postal) _____

Mailing Address/Dirección Postal: _____
 Number (Número) _____ Street (Calle) _____ City (Ciudad) _____ State (Estado) _____ Zip Code (Codigo Postal) _____

Phone Number (Teléfono) (_____) _____ **Allow Municipal Court to text or call my cellular phone regarding my payment plan. Message and data rates may apply. Yes No**

Cell Number (Número de Celular) (_____) _____ **El Tribunal Municipal puede llamar o mandar mensaje de texto a mi teléfono celular respecto a mi plan de pago. Pueden aplicar cargos por mensajes y datos. Si No**

Date of Birth (Fecha de Nacimiento): ____/____/____ Email (Correo Electrónico): _____
 MM DD YYYY

Driver's License No. /ID No. /Passport No. (Núm de Licencia/Núm de ID/Número de Pasaporte): _____

Personal References (Referencias Personales) –
3 REQUIRED/REQUERIDOS (In the U.S. that DO NOT Live with You/Que vivan en los Estados Unidos y que no vivan con usted):

Name (Nombre)	Address, City, State, Zip (Dirección, Ciudad, Estado, Codigo Postal)	Phone Number (Núm. de Teléfono)	Relationship (Parentesco)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

I SWEAR AND AFFIRM THAT THE ABOVE INFORMATION IS TRUE AND CORRECT (JURO Y AFFIMO QUE LA INFORMACION PROVEIDA ES CORRECTA Y VERIDICA):

Defendant's Signature (Firma de Demandado): _____ **Date (Fecha):** _____

If payment is made by check and the check is returned for insufficient funds, a bad check fee will be added and you will be required to pay the remaining unpaid amount of your payment plan plus the bad check fee of \$30.00 in cash. (Si su pago fue hecho con cheque y su cheque no tiene suficientes fondos, se le cobrara una cantidad por fondos insuficientes de \$30.00. Además es requerido que el balance restante de su plan de pago sea en efectivo.)

FOR INTERNAL USE ONLY
INTERVIEWED BY: _____ **DATE:** _____ **VERIFIED BY:** _____