



# SOLICITUD DE EXTENCION DE TIEMPO DE PAGO

**(SOLO PARA USO DE OFICINA)**

Case Number(s): \_\_\_\_\_ FG Date: \_\_\_\_\_ Amount Owed: \_\_\_\_\_ Pago \$ \_\_\_\_\_

**PERSONAL:**

**LETRA DE MOLDE**

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre o Apellido \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Num. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Num. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Teléfono.: Casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Num. de Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico.: \_\_\_\_\_

**El Tribunal Municipal puede llamar o mandar mensaje de texto a mi teléfono celular con respecto a mi plan de pago. Pueden aplicar cargos por mensajes y datos. Si  No**

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Num. de Licencia \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Nombre de Esposo (a) \_\_\_\_\_ Núm de Tel. de Esposo(a). \_\_\_\_\_

**Referencias Personales - 3 SON REQUERIDOS** (QUE VIVAN EN LOS ESTADOS UNIDOS y que no vivan con usted):

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección, Ciudad, Estado, Codigo Postal \_\_\_\_\_ Num. de Tel. \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección, Ciudad, Estado, Codigo Postal \_\_\_\_\_ Num. de Tel. \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección, Ciudad, Estado, Codigo Postal \_\_\_\_\_ Num. de Tel. \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE INGRESOS Y GASTOS:**

Empleo: \_\_\_\_\_

Compañía \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Num de Tel. \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_ Años/Meses? \_\_\_\_\_

Nombre de Supervisor \_\_\_\_\_ Dias de Pago: Mensual/Semanal/Quincenal Sueldo Que Lleva a Casa \$ \_\_\_\_\_

Sueldo de Esposo(a) \$ \_\_\_\_\_ Dias de Pago: Mensual/Semanal/Quincenal

Otro Tipo de Ingreso (SS, Retiro, Discapacidad): \_\_\_\_\_ Cantidad Que Recibe \$ \_\_\_\_\_ Num. de Dependientes \_\_\_\_\_

Recibe cualquiera de los siguiente (circule si aplica): SNAP WIC CHIP MEDICAID Estudiante de secundaria: Si No

Nombre de Banco: \_\_\_\_\_ Cheques: \_\_\_\_\_ Balance \$ \_\_\_\_\_ Ahorros: \_\_\_\_\_ Balance \$ \_\_\_\_\_

Gastos Mensuales: Hipoteca/Renta \$ \_\_\_\_\_ Utilidades \$ \_\_\_\_\_ Aseguranza Veh. \$ \_\_\_\_\_ Otro \$ \_\_\_\_\_

Vivo con Padres \_\_\_\_\_ Otro- Favor de Explicar: \_\_\_\_\_

**Enumere a todos sus Acreedores (Hipoteca, Bancos, Tarjetas de Crédito, Compañías de Fianzas)**

Nombre de Compañía \_\_\_\_\_ Balance Adeudado \_\_\_\_\_ Cantidad de Pago \_\_\_\_\_

Nombre de Compañía \_\_\_\_\_ Balance Adeudado \_\_\_\_\_ Cantidad de Pago \_\_\_\_\_

Nombre de Compañía \_\_\_\_\_ Balance Adeudado \_\_\_\_\_ Cantidad de Pago \_\_\_\_\_

Nombre de Compañía \_\_\_\_\_ Balance Adeudado \_\_\_\_\_ Cantidad de Pago \_\_\_\_\_

**JURO Y AFFIMO QUE LA INFORMACION PROVEIDA ES CORRECTA Y VERIDICA:**

**Firma del Demandado** X \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Si su pago fue hecho con cheque y su cheque no tiene suficientes fondos, se le cobrara una cantidad por fondos insuficientes, y además es requerido que pague al contado la cantidad requerida como anticipo por su plan de pago mas el cobro de fondos insuficientes dentro de **10 días**. Falta a esto resultara en la cancelación del plan de pago y tendrá que liquidar la cuenta por completo inmediatamente.

**SOLO PARA USO DE OFICINA**

INTERVIEWED BY: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_ VERIFIED BY: \_\_\_\_\_