

ESTADO DE VERMONT

TRIBUNAL SUPERIOR

DIVISIÓN

Unidad

N.º de caso

SOLICITUD DE EXENCIÓN DE GASTOS ADMINISTRATIVOS Y GASTOS DE SERVICIO

Nombre del caso

Nombre: (Primer nombre y apellido)

Dirección de residencia:

Ciudad, estado y código postal:

Dirección postal: (si es diferente de la dirección de residencia)

Dirección de correo electrónico:

Número de teléfono:

Número total de personas que viven en el hogar (cónyuge, pareja y dependientes)

Empleo

¿Tiene usted empleo? Sí No Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre y la dirección del empleador

Nombre del empleador

Dirección del empleador

Asistencia pública:

¿Recibe usted asistencia pública (TANF/Reach UP; SSI, asistencia general)?

Sí No

Tipo de asistencia: Cantidad mensual \$

SI RECIBE ASISTENCIA PÚBLICA, PASE A LA SECCIÓN DE FIRMA

Table with 2 columns: Ingresos and Gastos. Ingresos section lists monthly income sources like salaries, unemployment, and other income. Gastos section lists monthly household expenses like rent, electricity, food, and medical costs.

Otros activos

Tengo activos adicionales: Sí No *Si la respuesta es afirmativa, descríbalos a continuación*

Vehículos	Marca, modelo, año	Valor justo de mercado	Cantidad adeudada	Valor neto
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
Inmuebles	Descripción	Valor justo de mercado	Hipoteca	Valor neto
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
Activos disponibles				
	Efectivo disponible	\$		
	Cuenta corriente	\$		
	Cuenta de ahorros	\$		
	Total de activos disponibles	\$		
Otros activos <i>(ejemplos: herramientas, equipos, vehículos recreacionales, aparatos electrónicos, acciones, bonos, etc.)</i>	Descripción	Valor justo de mercado	Utilice una hoja adicional si es necesario	

Información adicional

Estas son razones adicionales por las que no puedo pagar las tarifas:

Solicito al Tribunal la exención de los gastos administrativos o el pago de los gastos de servicio en este caso debido a mis bajos ingresos.

Afirmo que la declaración anterior es verdadera y exacta a mi leal saber y entender. Entiendo que si la declaración anterior es falsa, estaré sujeto a la pena de perjurio, o a otras sanciones a discreción del tribunal.

Fecha

Firma del solicitante

Nombre en letra de imprenta

Determinación de elegibilidad financiera

La solicitud ha sido **DENEGADA**

Los ingresos brutos del solicitante son mayores al 150 % del nivel de pobreza Y este no recibe asistencia pública. El solicitante es capaz de pagar los gastos administrativos y los gastos de servicio sin usar sus ingresos o recursos líquidos necesarios para el mantenimiento del solicitante y todos sus dependientes.

DEBE PAGAR \$_____ AL SECRETARIO DEL TRIBUNAL EN UN PLAZO DE 30 DÍAS O EL CASO SERÁ DESESTIMADO.

La solicitud ha sido **APROBADA**

El solicitante recibe asistencia pública O

Los ingresos brutos del solicitante son menores al 150 % del nivel de pobreza. O

El solicitante es incapaz de pagar los gastos administrativos y los gastos de servicio sin usar sus ingresos recursos líquidos necesarios para el mantenimiento del solicitante y todos sus dependientes.

SE EXIMEN LOS GASTOS ADMINISTRATIVOS Y LOS GASTOS DE SERVICIO.

Fecha

Firma del secretario o designado

Aviso de derecho de apelación: Usted tiene el derecho de **apelar** esta orden ante el juez de este Tribunal. Su apelación debe presentarse por escrito ante el secretario de este Tribunal dentro de los 7 días posteriores a la fecha de esta orden.