

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 includes items like Salarios, desempleo, infantil, etc. Gastos includes items like renta, electricidad, teléfono, etc.

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.