

*El secretario pone un sello con la fecha aquí cuando se presenta el formulario.*

**Solo para información**  
**No entregue a la corte**

Si recibe beneficios públicos, tiene bajos ingresos o no tiene ingresos suficientes para pagar las necesidades básicas de su hogar y además las cuotas de la corte, puede usar este formulario para solicitar a la corte una exención de cuotas. La corte le puede ordenar que responda a preguntas sobre su situación económica. Si la corte lo exime del pago de las cuotas, es posible que las tenga que pagar más adelante si:

- No le puede demostrar a la corte que es elegible,
- Su situación económica mejora durante este caso, o
- Resuelve su caso civil con un fallo a su favor por **\$10,000** o más. La corte de primera instancia que exima sus cuotas impondrá un derecho de retención sobre dicho fallo por el monto de las cuotas y costos eximidos. La corte también puede cobrarle los gastos de cobranza, si los hay.

Ponga el nombre y dirección de la corte:

Corte Superior de California, Condado de \_\_\_\_\_

Ponga el número y nombre del caso:

Número del caso:

**Solo para información**

Nombre del caso:

**1 Su información** (persona que pide la exención de cuotas):

Nombre: **Solo para información**

Domicilio o dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cód. postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**2 Su empleo**, si tiene uno (puesto): \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

**3 Su abogado**, si tiene uno (nombre, firma o afiliación, dirección, teléfono y número del Colegio de Abogados del estado): \_\_\_\_\_

a. ¿Aceptó el abogado adelantar el monto total o una parte de sus cuotas y costos? (Marque una): Sí  No   
(Si responde "sí," su abogado tiene que firmar aquí) Firma del abogado: \_\_\_\_\_

b. Si su abogado no le cobre por los servicios legales con base en sus bajos ingresos, es posible que tenga que explicar al juez por qué solicita una exención de cuotas.

**4 ¿Para cuáles cuotas o costos de la corte solicita una exención?**

Cuotas de la Corte Superior (Vea la Hoja informativa sobre la exención de cuotas y costos de la Corte Superior (formulario FW-001-INFO S)).

Cuotas de la Corte Suprema, Corte de Apelación o División de Apelaciones de la Corte Superior (Vea la Hoja informativa sobre la exención de cuotas y costos de la corte de apelación (formulario APP-015/FW-015-INFO)).

**5 ¿Por qué le pide a la corte una exención de cuotas?**

a.  Recibo (marque todos los que correspondan; vea las definiciones en el formulario FW-001-INFO):

Cupones de alimentos  SSI  SSP  Medi-Cal  Ayuda general  IHSS

CalWORKS o TANF Tribal  CAPI

b.  Los ingresos mensuales de mi hogar (antes de deducir impuestos) son menos del monto indicado a continuación. (Si marcó 5b, tiene que llenar los puntos 7, 8 y 9 en la página 2 de este formulario.)

Tamaño de familia	Ingresos familiares	Tamaño de familia	Ingresos familiares	Tamaño de familia	Ingresos familiares	Si hay más de 6 personas en el hogar, agregue \$435.42 por cada persona adicional.
1	\$1,256.26	3	\$2,127.09	5	\$2,997.92	
2	\$1,691.67	4	\$2,562.51	6	\$3,433.34	

c.  No tengo ingresos suficientes para pagar las necesidades básicas de mi hogar y además las cuotas de la corte. Pido a la corte que (marque una y **tiene que** llenar la página 2):

me exima de pagar todas las cuotas de la corte  me exima de pagar algunas cuotas de la corte

me permita pagar las cuotas en plazos

**6**  Marque aquí si en los últimos seis meses ha pedido a la corte una exención de cuotas para este caso. (Si tiene la solicitud anterior o la puede conseguir razonablemente, adjúntela a este formulario y marque aquí:)

**Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de California, que la información que proporcioné en este formulario y en todos los adjuntos es verdadera y correcta.**

Fecha: \_\_\_\_\_

**Solo para información**

Firme aquí

Su nombre en letra de molde



Su nombre: \_\_\_\_\_

# Solo para información

Número de caso:

**No entregue a la corte**

Si marcó el punto 5a en la página 1, no tiene que llenar esta página. Si marcó el punto 5b, conteste las preguntas 7, 8 y 9. Si marcó el punto 5c, **tiene que llenar toda esta página**. Si necesita más espacio, adjunte el formulario MC-025 o una hoja separada, y escriba "Financial Information", su nombre y número de caso en la parte superior de la hoja.

**7**  Marque aquí si sus ingresos cambian mucho de un mes para otro, y llene este formulario usando el promedio de sus ingresos durante los últimos 12 meses.

### 8 Sus ingresos brutos mensuales

a. Indique el origen y monto de **cualquier** otro ingreso que reciba por mes, como por ejemplo: sueldo u otro ingreso del trabajo (antes de deducir los impuestos), manutención del cónyuge/hijo, jubilación, seguro social, discapacidad, desempleo, asignación militar básica para vivienda (BAQ), pagos a veteranos de guerra, dividendos, intereses, ingresos de fideicomisos, anualidades, ingresos netos de negocio o renta, reembolsos de gastos relacionados con el trabajo, ganancias de juegos de apuestas o lotería, etc.

- (1) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_
- (2) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_
- (3) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_
- (4) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

b. **Sus ingresos mensuales totales:** \$ \_\_\_\_\_

### 9 Ingresos del hogar

a. Indique los ingresos de todas las otras personas que viven en su hogar y que dependen de usted para mantenerse, por completo o en parte, o de quienes dependa usted para mantenerse, ya sea por completo o en parte.

Nombre	Edad	Relación	Ingresos mensuales brutos
(1) _____	_____	_____	\$ _____
(2) _____	_____	_____	\$ _____
(3) _____	_____	_____	\$ _____
(4) _____	_____	_____	\$ _____

b. **Ingresos mensuales totales de las personas arriba indicadas:** \$ \_\_\_\_\_

**Ingresos mensuales totales más ingresos del hogar (8b más 9b):** \$ \_\_\_\_\_

### 10 Su dinero y sus bienes

a. Efectivo \$ \_\_\_\_\_

b. Todas sus cuentas financieras (Indique el nombre del banco y el monto):

- (1) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_
- (2) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_
- (3) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

c. Carros, lanchas y otros vehículos

Marca / Año	Valor justo de mercado	Cuánto debe todavía
(1) _____	\$ _____	\$ _____
(2) _____	\$ _____	\$ _____
(3) _____	\$ _____	\$ _____

d. Bienes raíces

Dirección	Valor justo de mercado	Cuánto debe todavía
(1) _____	\$ _____	\$ _____
(2) _____	\$ _____	\$ _____

e. Otros bienes personales (joyas, muebles, pieles, acciones, bonos, etc.)

Descripción	Valor justo de mercado	Cuánto debe todavía
(1) _____	\$ _____	\$ _____
(2) _____	\$ _____	\$ _____

### 11 Sus deducciones y gastos mensuales

a. Indique cada deducción de nómina y el monto mensual a continuación:

- (1) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_
- (2) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_
- (3) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_
- (4) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

b. Pago de su casa o alquiler, más mantenimiento \$ \_\_\_\_\_

c. Comida e insumos del hogar \$ \_\_\_\_\_

d. Servicios públicos y teléfono \$ \_\_\_\_\_

e. Ropa \$ \_\_\_\_\_

f. Lavandería y limpieza \$ \_\_\_\_\_

g. Gastos médicos y dentales \$ \_\_\_\_\_

h. Seguro (de vida, de salud, contra accidentes, etc.) \$ \_\_\_\_\_

i. Escuela, cuidado de niños \$ \_\_\_\_\_

j. Manutención de hijos, del cónyuge (otro matrimonio) \$ \_\_\_\_\_

k. Transporte, gasolina, reparación y seguro de automóviles \$ \_\_\_\_\_

l. Pagos a plazos (indique todos a continuación):

Pagado a:

- (1) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_
- (2) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_
- (3) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

m. Sueldos/Ingresos retenidos por orden de la corte \$ \_\_\_\_\_

n. Cualquier otro gasto mensual (indique todos a continuación).

Pagado a:

- (1) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ ¿Cuánto?
- (2) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_
- (3) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**Gastos mensuales totales (sume 11a – 11n de arriba):** \$ \_\_\_\_\_

Si desea poner otros datos que la corte deba conocer, como por ejemplo gastos médicos inusuales, etc., adjunte el formulario MC-025 o adjunte una hoja separada, y escriba "Financial Information", su nombre y número de caso en la parte superior de la hoja.

Si adjunta otra hoja, marque aquí.

**¡Importante!** Si su situación económica o su capacidad para pagar las cuotas de la corte mejoran, tiene que notificar a la corte dentro de cinco días utilizando el formulario FW-010.