



# Municipal Court City of Fort Worth, Texas



## Payment Extension Application

1. If you pay any part of the fine, costs, or restitution on or after the 31<sup>st</sup> day after judgment was entered, you are responsible for paying a \$25 time payment fee **per case**.
2. In compliance with Article 103.0033 of the Code of Criminal Procedure, you must apply for a payment extension. Your home address, source of income, and telephone numbers must be verified **before** you can receive an approved payment extension.
3. Submitting **false financial** information to the Court constitutes a crime of tampering with a governmental record, punishable by incarceration and/or the imposition of a fine (Sec. 37.10 Penal Code).
4. The following chart outlines acceptable proof for the following categories. Adequate proof will consist of one of "GROUP A" **OR** one of "GROUP B" **AND** one of "GROUP C" for each category.

	<b>OR</b>	<b>AND</b>
<b>GROUP A</b>	<b>GROUP B</b>	<b>GROUP C</b>
<b>Proof of Income</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Current Pay Stub</li> <li>• Letter of Employment on Official Letterhead</li> <li>• Award Letter of Benefits</li> <li>• If receiving support, complete contact information of source of support and income amount</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Work ID</li> <li>• Business Card</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Work Insurance Card</li> <li>• W-2</li> </ul>
<b>Proof of Residence</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bill received within last 4 weeks; that has your name printed on it</li> <li>• Change of Address confirmation from United States Postal Service</li> <li>• Lease Agreement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• If not primary resident, a bill from residence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Letter of residency</li> </ul>
<b>Down Payment</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prepare to pay \$75, warrant fees, or 10% of the balance owed, which ever is <b><u>GREATER</u></b></li> </ul>		

**THE APPLICATION MUST BE FILLED OUT COMPLETELY, LEAVE NO BLANKS. AN INCOMPLETE APPLICATION WILL BE REJECTED.**

**ALL REQUIREMENTS MUST BE SATISFIED BEFORE YOUR PLAN IS GENERATED.**



# Municipal Court City of Fort Worth, Texas



## Solicitud para Extensión de Pagos

1. Si usted paga cualquier parte de la multa, costos, o restitución en o después del 31° día después de haberse asentado el fallo, usted es responsable por una tarifa de \$25 **por cada caso.**
2. En cumplimiento con el Artículo 103.0033 del Código de Procedimientos Criminales, usted tendrá que solicitar una extensión de pagos. Se tendrá que verificar la dirección de su domicilio, fuente de recursos, y números de teléfono **antes** de que pueda recibir aprobación para una extensión de pagos.
3. Someter **información económica falsa** a la Corte constituye un crimen de intervenir con un archivo gubernamental, con pena de encarcelación y/o la imposición de una multa (Código Penal Sec. 37.10).
4. El siguiente gráfico es un resumen de las pruebas aceptables para las siguientes categorías. La prueba adecuada debe consistir de una selección del “GRUPO A” **O** una selección del “GRUPO B” **Y** una selección del “GRUPO C” de cada categoría.

	<b><u>O</u></b>	<b><u>Y</u></b>	
<b>GRUPO A</b>	<b>GRUPO B</b>	<b>GRUPO C</b>	
<b>Prueba de Ingreso</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Talón de cheque actual</li> <li>Carta de Empleo en Membrete Oficial</li> <li>Carta Otorgando Beneficios</li> <li>Si esta recibiendo ayuda, complete la información de contacto de su frente de apoyo y la cantidad de ingresos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ID de Trabajo</li> <li>Tarjeta de Negocio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tarjeta de Seguro Medico del Trabajo</li> <li>W-2</li> </ul>	
<b>Prueba de Residencia</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Factura recibida entre las últimas 4 semanas con su nombre</li> <li>Cambio de Dirección con confirmación del Servicio Postal de los EE. UU.</li> <li>Acuerdo del Arriendo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si no es el residente principal, una factura de la residencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Carta de residencia</li> </ul>	
<b>Pago Inicial</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prepárese para pagar \$75, multas de orden, o 10% del monto debido, cualquiera que sea la cantidad <b><u>MÁS ALTA.</u></b></li> </ul>			

**LA SOLICITUD SE DEBE LLENAR POR COMPLETO, NO DEJE BLANCOS. UNA SOLICITUD INCOMPLETA SERÁ RECHAZADA.**

**TODO LOS REQUERIMIENTOS SE DEBEN CUMPLIR ANTES DE QUE SE GENERE SU PLAN.**



# Municipal Court City of Fort Worth, Texas



In compliance with Article 103.0033 of the Code of Criminal Procedure; you must qualify for a payment plan extension. Your home address, source of income, and telephone numbers will be verified. **Complete all information and print legibly.**

## Personal Information / Información Personal

Name/Nombre: \_\_\_\_\_  
Last Name(Apellido) Maiden Name(Apellido de Soltera) First (Primer Nombre) Middle Name (Segundo Nombre)

Alias/AKA: \_\_\_\_\_  
 (Nombre Supesto)

Date Of Birth: MM \_\_\_\_ / DD \_\_\_\_ / YYYY \_\_\_\_ DL/ID# \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_  
(Fecha de Nacimiento) (No. de Lic. De Conducir) (Estado)

Address: \_\_\_\_\_  
(Dirección) Number/Numero Street/Calle Apt. # City/Ciudad State/Estado Zip/Código Postal

Mailing Address: \_\_\_\_\_  
(Correo) Number/Numero Street/Calle Apt. # City/Ciudad State/Estado Zip/Código Postal

Home Phone#: \_\_\_\_\_ Cell #: \_\_\_\_\_ Emergency#: \_\_\_\_\_  
(Teléfono de Casa) (Celular) (Numero de Emergencia)

MARRIED  SINGLE  SEPARATED  DIVORCED   
(Casado) (Soltero) (Separado) (Divorciado)

Are You Head Of Household? / ¿Es Usted Jefe de Familia? YES/ (Si)  NO

Number of Household Dependants: \_\_\_\_\_ Numero de Dependientes: \_\_\_\_\_

## Employment Information or Source of Income / Información De Empleo o Fuente de Ingresos

Employer/Source of Income: \_\_\_\_\_ Unemployed   
(Empleador/Fuente de Ingresos) (Desempleado)

Address: \_\_\_\_\_  
(Dirección) Number/Numero Street/Calle Apt. # City/Ciudad State/Estado Zip/ Código Postal

Salary/Salario: \$ \_\_\_\_\_  
 Hourly/Hora  Weekly/Semanal  Bi-Weekly/Bisemanal  Monthly/Mensual

Supervisor's Name: \_\_\_\_\_ Work Phone No: \_\_\_\_\_  
(Nombre de Supervisor) (Teléfono de Trabajo)

Years/Años: \_\_\_\_\_ Months/Meses: \_\_\_\_\_ Employed/Empleado

## References / Referencias

NAME: \_\_\_\_\_ PHONE #: \_\_\_\_\_ RELATIONSHIP: \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Numero de Teléfono) (Relación)

Address: \_\_\_\_\_  
(Dirección) Number/Numero Street/Calle Apt. # City/Ciudad State/Estado Zip/ Código Postal

NAME: \_\_\_\_\_ PHONE #: \_\_\_\_\_ RELATIONSHIP: \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Numero de Teléfono) (Relación)

Address: \_\_\_\_\_  
(Dirección) Number/Numero Street/Calle Apt. # City/Ciudad State/Estado Zip/ Código Postal

## FINANCIAL SUMMARY/RESUMEN FINANCIERO

### Monthly Income /

#### Ingresos Mensuales:

Current Salary/ Income  
Ingreso Actual: \$ \_\_\_\_\_

Spouse's Income  
Ingreso de Cónyuge: \$ \_\_\_\_\_

Child Support:  
Pensión Para Hijos Menores: \$ \_\_\_\_\_

Social Security Payments:  
Beneficencia Social: \$ \_\_\_\_\_

Disability Payments:  
Beneficios Por Discapacidad: \$ \_\_\_\_\_

Unemployment:  
Desempleo: \$ \_\_\_\_\_

Retirement Income:  
Ingresos de Jubilación: \$ \_\_\_\_\_

Alimony Support:  
Pensión Alimenticia: \$ \_\_\_\_\_

Food Stamps:  
(Vales del Gobierno Para Comida): \$ \_\_\_\_\_

Other Income Source: \_\_\_\_\_  
Otros Ingresos: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Total Monthly Income:  
Total de Ingresos Mensuales: \$ \_\_\_\_\_

Savings - Balance:  
Cuenta de Ahorros - Saldo: \$ \_\_\_\_\_

### Monthly Expenses & Debts /

#### Gastos Y Deudas Mensuales:

Rent/ Mortgage:  
Alquiler/ Hipoteca: \$ \_\_\_\_\_

Utilities - Water, Electricity, etc:  
Servicios - Agua, Electricidad, etc: \$ \_\_\_\_\_

Telephone:  
Teléfono: \$ \_\_\_\_\_

Vehicle:  
Vehículo: \$ \_\_\_\_\_

Insurance - Car, House:  
Seguro de Vehículo, Casa: \$ \_\_\_\_\_

Child Support:  
Pensión Para Hijos Menores: \$ \_\_\_\_\_

Child Care/ Daycare:  
Gastos de Guardería de Niños: \$ \_\_\_\_\_

Food/Groceries:  
Comestibles: \$ \_\_\_\_\_

Medical Expenses:  
Gastos Médicos: \$ \_\_\_\_\_

Other Expenses:  
Otros Gastos: \$ \_\_\_\_\_

Total Expenses:  
Gastos en Total: \$ \_\_\_\_\_

Checking Account - Balance:  
Cuenta Bancaria - Saldo: \$ \_\_\_\_\_

1. By signing below, I swear, under penalty of perjury, that all of the above information is current, accurate, and true  
(Al firmar abajo, yo juro, bajo pena de perjurio, que toda la información de arriba es actual, fiel y verdadera.)
2. If you pay any part of the fine, costs, or restitution on or after the 31<sup>st</sup> day after judgment was entered, you are responsible for paying a **\$25 time payment fee per case.**  
Si usted paga cualquier parte de la multa, costos, o restitución en o después del 31<sup>o</sup> día después de haberse asentado el fallo, usted es responsable por una **tarifa de \$25 por cada caso**

\_\_\_\_\_

Date (Fecha)

\_\_\_\_\_

Signature (Firma)

\_\_\_\_\_

Date (Fecha)

\_\_\_\_\_

Guardian, if a minor (Tutor, si es menor de edad)

### JUDICIAL USE ONLY

You are ordered to pay \$ \_\_\_\_\_ down and your monthly payment of \$ \_\_\_\_\_ will be due on \_\_\_\_\_ day of every month starting \_\_\_\_\_. **Judge's Initials** \_\_\_\_\_

**Se le ordena** pagar un pago inicial de \$ \_\_\_\_\_ y su pago mensual de \$ \_\_\_\_\_ será pagable el \_\_\_\_\_ día de cada mes comenzando el \_\_\_\_\_. **Iniciales del Juez** \_\_\_\_\_

### OFFICE USE ONLY

Date Received:		Received By:	
Contact Number	<input type="checkbox"/> Valid	<input type="checkbox"/> Invalid	
Date:	Verified By:		Method:
Employment	<input type="checkbox"/> Valid	<input type="checkbox"/> Invalid	
Date:	Verified By:		Method:
Staff Comments:			
<b>Staff Recommendation:</b>			
<input type="checkbox"/> Payment in Full	<input type="checkbox"/> Payment Plan Extension	<input type="checkbox"/> Community Service	<input type="checkbox"/> Indigence Hearing
By Date:	Down Payment \$ _____	<input type="checkbox"/> Non-Profit	<input type="checkbox"/> Community Court Docket
	Monthly Payment \$ _____	<input type="checkbox"/> City Location	