

EN EL TRIBUNAL DE CIRCUITO DEL ESTADO DE OREGON  
PARA EL CONDADO DE \_\_\_\_\_

**Causa No.**

\_\_\_\_\_  
Demandante/Peticionario  
contra  
\_\_\_\_\_  
Demandado

**SOLICITUD DE DIFERIMIENTO O  
EXENCIÓN DE TARIFAS  
Y DECLARACIÓN EN SUSTENTACIÓN**

Nombres y apellidos del solicitante: \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo nombre Apellidos

***EL ACCESO A ESTE DOCUMENTO ESTÁ RESTRINGIDO PARA PROTEGER LA PRIVACIDAD DE LAS PARTES***

Soy el  demandante/peticionario  demandado  otro: \_\_\_\_\_. No estoy en capacidad de pagar la totalidad o parte de las tarifas ahora mismo.

**1. Solicito un diferimiento o exención de las siguientes tarifas (Marque SOLO UNA casilla):**

- Tarifa de presentación     Tarifa de presentación + tarifa de notificación del alguacil\*     Tarifa de petición  
 Tarifa de arbitraje     Tarifa del juicio  
 Otro (describa): \_\_\_\_\_

\*Si está solicitando un diferimiento o exención de la tarifa de notificación del alguacil, explique por qué no puede encontrar a otra persona para que realice la notificación. Los documentos los puede entregar cualquier persona competente que sea mayor de 18 años de edad, residente de Oregon (o del estado donde se realiza la notificación), y que no sea parte del caso ni abogado, empleado, oficial o director de alguna de las partes.

- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**2. Si no se me exime de pagar las tarifas, entiendo que el pago es una deuda al estado de Oregon. Se podrán agregar costos adicionales por administración y recaudación.**  
**3. Entiendo que, si el secretario me deniega la solicitud, tengo derecho a pedirle a un juez que examine mi solicitud.**  
**4. Todo diferimiento o exención que se me conceda durante el caso podrá ser revocado en su totalidad o en parte al final del caso según el resultado final.**

---

---

## **Declaración**

### **1. PERSONAL**

Fecha de nacimiento (mes/día/ año) \_\_\_\_\_

\*Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Lic. de conducción /Identificación estatal: \_\_\_\_\_

*\*Doy mi número de seguro social voluntariamente. Entiendo que no se me puede forzar a darlo o no tenerseme en cuenta solamente por no darlo. Se podrá usar para verificar mi identificación, información laboral y para el cobro de tarifas.*

Número de personas que viven en su hogar: \_\_\_\_\_

---

---

### **2. ASISTENCIA PÚBLICA /APOYO LEGAL**

¿Está representado en este caso por un abogado del programa de apoyo legal?

- Sí (*nombre*): \_\_\_\_\_  
 No

Marque los programas de los cuales recibe asistencia actualmente:  
(*incluya la cantidad que recibe AL MES*)

- Estampillas de alimentos (SNAP- Programa de Suplemento Alimentario) - \$ \_\_\_\_\_  
 Suplemento del Seguro Social (SSI) - \$ \_\_\_\_\_  
 Asistencia Temporal a las Familias Necesitadas (TANF) - \$ \_\_\_\_\_  
 Plan de Salud de Oregon (OHP)

➤ Total de beneficios mensuales que recibe: \$ \_\_\_\_\_

---

*Llene las secciones 3 – 6 con las cantidades conjuntas de todos los miembros de su hogar*

### **3. EMPLEO E INGRESOS**

- Total de ingresos mensuales de todos los trabajos, antes de impuestos: \$ \_\_\_\_\_  
➤ Total de ingresos mensuales de otras fuentes: \$ \_\_\_\_\_  
(*incluya anualidades, ingresos por arreglos monetarios y cualquier otra fuente de fondos o sostenimiento*)

**INGRESOS TOTALES DE TODAS LAS FUENTES: \$ \_\_\_\_\_**

### **4. BIENES Y ACTIVOS**

Efectivo disponible en todas las cuentas: \$ \_\_\_\_\_ (*dinero en efectivo, cuenta corriente, cuenta de ahorros, etc.*)

Escriba todos los bienes que posee incluso vehículos, bienes raíces, barcos, armas de fuego, joyería, ganado, intereses comerciales, etc.:

---

---

---

---

Valor de los bienes y activos: \_\_\_\_\_

**VALOR TOTAL DE TODOS LOS ACTIVOS Y EFECTIVO: \$ \_\_\_\_\_**

---

---

**5. GASTOS DE SOSTENIMIENTO (al mes)**

- Hogar: \$ \_\_\_\_\_  
(alquiler, hipoteca, servicios, celular, comida)
- Transporte: \$ \_\_\_\_\_  
(estacionamiento, gasolina, bus, seguro, pagos de préstamo de vehículo)
- Otros: \$ \_\_\_\_\_  
(préstamos estudiantiles, guardería, multas judiciales, gastos médicos, manutención infantil, tarjetas de crédito, etc.)

**TOTAL DE GASTOS MENSUALES DE SOSTENIMIENTO: \$ \_\_\_\_\_**

---

---

**6. OTRA INFORMACIÓN QUE DESEA QUE EL TRIBUNAL CONSIDERE**

---

---

---

---

**Por el presente manifiesto que las declaraciones anteriores son verdaderas a mi leal saber y entender, y que entiendo que se hacen para ser usadas como prueba en el tribunal, so pena de perjurio.**

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Dirección de contacto

\_\_\_\_\_  
Ciudad, estado y código postal

\_\_\_\_\_  
Teléfono de contacto