

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 las cuotas de la corte. La corte le puede ordenar que responda a preguntas sobre sus finanzas. Si la corte lo exime del pago de las cuotas, es posible que las tenga que pagar más adelante si:

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

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

*Ponga el nombre y dirección de la corte:*

**Corte Superior de California, condado de**

*Ponga el número y nombre de caso:*

**Nombre del caso:  
No entregue a la corte**

**Nombre del caso:  
No entregue a la corte**

- No puede demostrar a la corte que es elegible,
- Su situación económica mejora durante este caso, o
- Resuelve su caso civil 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 costos de cobranza, si los hay.

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

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Domicilio o dirección postal: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código 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. El abogado aceptó adelantarle toda o una porción de sus cuotas y costos (*marque una*):  Sí  No
- b. (*Si responde "sí," su abogado tiene que firmar aquí*) Firma del abogado: \_\_\_\_\_  
*Si su abogado no le cobra 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 pide 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)).
- 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 una Corte de Apelación* (formulario APP-015/FW-015-INFO)).

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

- a.  Recibo (*marque todas las opciones que correspondan; vea las definiciones en el formulario FW-001-INFO*):
- Cupones de alimentos  SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario)  SSP (Pagos Suplementarios del Estado)
  - Medi-Cal  Ayuda del condado/Ayuda general  IHSS (Servicios de Apoyo en el Hogar)
  - CalWORKS o TANF Tribal  CAPI  WIC  Pagos de desempleo
- 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 pagina 2 de este formulario.*)

Número en el hogar	Ingresos del hogar	Número en el hogar	Ingresos del hogar	Número en el hogar	Ingresos del hogar	<i>Si hay más de 6 personas en el hogar, agregue \$916.67 por cada persona adicional.</i>
1	\$2,608.33	3	\$4,441.67	5	\$6,275.00	
2	\$3,525.00	4	\$5,358.33	6	\$7,191.67	

- c.  No tengo ingresos suficientes para pagar las necesidades básicas de mi hogar y además las cuotas de la corte. Pido a la corte (*marque una opción y **tiene** que completar la página 2*):  exención de todas las cuotas de la corte  exención de algunas cuotas de la corte  que me deje pagar las cuotas en plazos

**⑥**  Marque aquí si en los últimos seis meses ha pedido a la corte una exención de las cuotas de la corte de 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 anexos es verdadera y correcta.**

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

*Su nombre en letra de molde*

**▶**  
*Firme aquí*

**No entregue a la corte**

Su nombre: Solo para información

Si marcó el punto 5a en la página 1, no conteste las preguntas en esta página a continuación. Si marcó el punto 5b, conteste las preguntas 7, 8 y 9 solamente. 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 mensual de sus ingresos durante los últimos 12 meses.

**8 Sus ingresos brutos mensuales**

a. Indique el origen y monto de *todo* ingreso que reciba por mes, como por ejemplo: sueldo u otros ingresos del empleo antes de deducciones, manutención del cónyuge/de los hijos, jubilación, seguro social, discapacidad, desempleo, asignación militar básica por vivienda (BAQ), beneficios para veteranos, 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 todas las otras personas que viven en su hogar, que dependan 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	Ingreso bruto mensual
(1) _____	_____	_____	\$ _____
(2) _____	_____	_____	\$ _____
(3) _____	_____	_____	\$ _____
(4) _____	_____	_____	\$ _____

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

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

Si desea que la corte tenga más información, como por ejemplo para indicar 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 mejora, tiene que notificar a la corte dentro de cinco días usando el formulario FW-010.

**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, barcos 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. Enumere las deducciones de nómina y el monto mensual a continuación:

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

b. Pagos y mantenimiento de su casa o de alquiler \$ \_\_\_\_\_

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, guardería \$ \_\_\_\_\_

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

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

l. Pagos a plazos (indique cada pago a continuación):

Pagado a:

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

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

n. Cualquier otro gasto mensual (indique cada uno a continuación).

Pagado a: ¿Cuánto?  
 (1) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 (2) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 (2) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

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