

\_\_\_\_\_  
Name of Person Filing Document: \_\_\_\_\_

(Nombre de Persona que presenta el documento)

Your Address: \_\_\_\_\_

(Su Domicilio)

Your City, State, and Zip Code: \_\_\_\_\_

(Su Ciudad, Estado, y Código Postal)

Your Telephone Number: \_\_\_\_\_

(Su Número de Teléfono)

Attorney Bar Number (if applicable): \_\_\_\_\_

(Número de inscripción al colegio de abogados (si aplica))

Attorney E-mail Address: \_\_\_\_\_

(Dirección de Correo Electrónico)

Representing  Self (Without an Attorney) OR  Attorney for  Petitioner  Respondent

(Representando  Si Mismo (Sin un Abogado) O  Abogado para  El Solicitante  El Demandado)

STATE OF ARIZONA )  
(ESTADO DE ARIZONA) )

COUNTY OF \_\_\_\_\_ ) ss.  
(EL CONDADO DE)

\_\_\_\_\_  
Name of Petitioner/Plaintiff  
(Nombre del Peticionante/Demandante)

Case Number: \_\_\_\_\_  
(Número del Caso)

**SUPPLEMENTAL APPLICATION FOR  
DEFERRAL OR WAIVER OF COURT FEES  
AND/OR COSTS  
(SOLICITUD SUPLEMENTARIA DE  
APLAZAMIENTO O EXENCIÓN DE TARIFAS  
Y/O COSTOS DEL TRIBUNAL)**

\_\_\_\_\_  
Name of Respondent/Defendant  
(Nombre del Demandado/Acusado)

**Notice.** A Fee Deferral is only a temporary postponement of the payment of the fees due. You may be required to make payments depending on your income. A Fee Waiver is usually permanent unless your financial circumstances change during the pendency of this court action.

**(Aviso.** El Aplazamiento de los Gastos Administrativos es solamente una postergación del pago de los gastos administrativos debidos. Quizá se requiera que usted haga pagos dependiendo de sus ingresos. Generalmente, una Exención de Gastos Administrativos es una exención permanente a menos que sus circunstancias financieras cambien durante esté pendiente esta acción jurídica.)

**I am requesting a deferral/waiver of any unpaid fees and/or costs in my case.** I understand that if I request deferral or waiver because I am a participant in a government assistance program, I am required to provide proof at the time of filing. The document(s) submitted must show my name as the recipient of the benefit and the name of the agency awarding the benefit. **Note. All other applicants must complete the financial questionnaire beginning at section 3.**

**(Yo estoy solicitando un aplazamiento o exención de todas aquellas tarifas y/o costos que queden sin pagar en mi caso.** Yo comprendo que si solicito un aplazamiento o una exención porque soy un participante de un programa de asistencia del gobierno, se requiere que aporte prueba de tal a la hora de

promover acción. El(los) documento(s) presentado(s) deberá(n) llevar mi nombre como la persona recibiendo los beneficios y el nombre de la agencia que otorga el beneficio. **Nota. Otros solicitantes deberá completar el cuestionario financiero al comienzo de la sección 3.)**

1.  **WAIVER / (EXENCIÓN):**

I currently receive government assistance from the federal Supplemental Security Income (SSI) program. (Please attach proof.) / *(Actualmente, recibo asistencia del gobierno de Ingresos de Seguridad Suplementaria Federal (Por favor anexe comprobante))*

I was formerly granted a deferral by the court until the end of my case. My income and liquid assets have not changed and are unlikely to change in the foreseeable future. (If you are receiving food stamps or government cash assistance from Temporary Assistance to Needy Families (TANF), please attach proof. In all other cases, complete the financial questionnaire in section 3.) *(Anteriormente el tribunal me otorgó un aplazamiento hasta el final de mi caso. Mis ingresos y liquidez no han cambiado y es probable que no cambien en un futuro cercano. (Si Ud. recibe estampillas de alimentos o asistencia gubernamental de efectivo del Programa Provisional de Asistencia a Familias Necesitadas (TANF), anexe por favor comprobante. En los demás casos, complete el cuestionario financiero en la sección 3)).*

My income is insufficient or is barely sufficient to meet the daily essentials of life, and includes no allotment that could be budgeted for the fees and costs that have accrued. My gross income as computed on a monthly basis is 150% or less of the current federal poverty level. (Complete the financial questionnaire in section 3. Note: Gross monthly income includes your share of community property income if available to you.) *(Mis ingresos son insuficientes o apenas lo suficiente para cubrir las necesidades básicas de la vida, incluyendo cualquier reserva que pudiera asignarse para tarifas y costos que se hayan acumulado. Mis ingresos netos tal como han sido computados mensualmente son 150% o menos del actual nivel federal de pobreza. (Complete el cuestionario financiero en la sección 3. Nota: Ingreso mensual bruto incluye su parte de ingresos de la propiedad comunitaria que tenga Ud. a su disposición))*

My income is greater than 150% of the poverty level, but I have proof of extraordinary expenses (including medical expenses and costs of care for elderly or disabled family members) or other expenses that reduce my gross monthly income to 150% or below the poverty level. (Complete the financial questionnaire in section 3.) *(Mis ingresos son mayores del 150% del nivel de pobreza, pero tengo comprobantes de gastos extraordinarios (Incluyendo gastos médicos y del cuidado de familiares discapacitados o de edad avanzada) u otros gastos que reducen mis ingresos brutos mensuales al 150% o por debajo del limite de pobreza. (Complete el cuestionario financiero en la sección 3))*

2.  **DEFERRAL (APLAZAMIENTO):** I do not have the money to pay court filing fees and/or costs now. I can pay the filing fees and/or costs at a later date. Explain. (Complete the financial questionnaire in section 3.) / *(No tengo dinero para costos para promover acción y/o costos ahora. Puedo pagarlos en una fecha posterior. Explique. (Complete el cuestionario financiero en la sección 3))*

---

---

**3. FINANCIAL QUESTIONNAIRE / (CUESTIONARIO FINANCIERO)**

**SUPPORT RESPONSIBILITIES.** List all persons you support (including those you pay child support and/or spousal maintenance/support for):

**(RESPONSABILIDADES DE MANUTENCIÓN.** A continuación escriba los nombres de todas las personas a quienes usted mantiene (incluyendo aquellos para los cuales usted paga manutención de menores y/o manutención del conyugue))

<b>NAME (NOMBRE)</b>	<b>RELATIONSHIP (Relación)</b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**STATEMENT OF INCOME AND EXPENSES  
(DECLARACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS)**

Employer name (*Nombre de empleador*): \_\_\_\_\_

Employer phone number (*Número de Teléfono de Empleador*): \_\_\_\_\_

[ ] I am unemployed (explain) (*No tengo empleo (explique)*):

My prior year's gross income: \$ \_\_\_\_\_

(*Mis ingresos brutos del año pasado*)

**MONTHLY INCOME (INGRESOS MENSUALES)**

My total monthly gross income: \$ \_\_\_\_\_

(*El total de mis ingresos brutos mensuales*)

My spouse's monthly gross income (if available to me): \$ \_\_\_\_\_

(*Los ingresos brutos mensuales de mi conyugue (si cuento con ellos)*)

Other current monthly income, including spousal maintenance/support, retirement, rental, interest, pensions, and lottery winnings: \$ \_\_\_\_\_

(*Otros ingresos actuales mensuales, incluyendo manutención del conyugue, de retiro, alquileres, intereses, pensiones, y ganancias de la lotería*)

**TOTAL MONTHLY INCOME (TOTAL DE INGRESOS MENSUALES)** \$ \_\_\_\_\_

**MONTHLY EXPENSES AND DEBTS:** My monthly expenses and debts are:  
(**GASTOS Y DEUDAS MENSUALES:** *Mis gastos y deudas mensuales son como sigue:*)

	<b>PAYMENT AMOUNT (IMPORTE DEL PAGO)</b>	<b>LOAN BALANCE (SALDO DEL PRÉSTAMO)</b>
Rent/Mortgage payment ( <i>Pago de Alquiler/Hipoteca</i> )	\$ _____	\$ _____
Car payment ( <i>Pago de Automóvil</i> )	\$ _____	\$ _____
Credit card payments ( <i>Pagos a Tarjetas de Crédito</i> )	\$ _____	\$ _____

Explain: Other payments & debts ( <i>Explique: Otros gastos y deudas</i> )	\$ _____	\$ _____
Household ( <i>Gastos del Hogar</i> )	\$ _____	
Utilities/Telephone/Cable ( <i>Servicios Públicos / Teléfono / Cable</i> )	\$ _____	
Medical/Dental/Drugs ( <i>Médico / Dental / Medicamentos</i> )	\$ _____	
Health insurance ( <i>Seguro Médico</i> )	\$ _____	
Nursing care ( <i>Cuidado por enfermeras</i> )	\$ _____	
Tuition ( <i>Matrícula</i> )	\$ _____	
Child support ( <i>Manutención de Menores</i> )	\$ _____	
Child care ( <i>Cuidado de Menores</i> )	\$ _____	
Spousal maintenance ( <i>Manutención del Conyugue</i> )	\$ _____	
Car insurance ( <i>Seguro de Automóvil</i> )	\$ _____	
Transportation ( <i>Transporte</i> )	\$ _____	
Other expenses (explain) ( <i>Otros gastos (explique)</i> )	\$ _____	

---



---

**TOTAL MONTHLY EXPENSES** \$ \_\_\_\_\_  
**(TOTAL DE GASTOS MENSUALES)**

**STATEMENT OF ASSETS:** List only those assets available to you and accessible without financial penalty.  
**(DECLARACIÓN DE BIENES:** *Escriba solamente aquellos bienes que le son disponible a usted y que le son accesibles sin sanciones financieras*)

	<b>ESTIMATED VALUE (VALOR ESTIMADO)</b>
Cash and bank accounts ( <i>Efectivo y cuentas bancarias</i> )	\$ _____
Credit union accounts ( <i>Cuenta en Cooperativa</i> )	\$ _____
Other liquid assets ( <i>Otros bienes muebles</i> )	\$ _____
<b>TOTAL ASSETS (TOTAL DE BIENES)</b>	<b>\$ _____</b>

**OATH OR AFFIRMATION**  
**(JURAMENTO O AFIRMACIÓN)**

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct.  
*(Declaro bajo pena de perjurio que lo anterior es verdadero y correcto.)*

\_\_\_\_\_  
Date *(Fecha)*

\_\_\_\_\_  
Signature *(Firma)*

\_\_\_\_\_  
Applicant's Printed Name *(Nombre de Solicitante en letra de Molde)*

\_\_\_\_\_  
Date *(Fecha)*

\_\_\_\_\_  
Judicial Officer, Deputy Clerk or Notary Public  
*(Oficial Judicial, Secretario Auxiliar o Notario Público)*

\_\_\_\_\_  
My Commission Expires/Seal:  
*(Mi Comisión Expira/Sello)*