

ESTADO DE MICHIGAN DISTRITO JUDICIAL CIRCUITO JUDICIAL LEGALIZACIÓN DEL CONDADO	SOLICITUD DE EXENCIÓN DE COSTOS	N.º DE CASO y JUEZ
--	--	---------------------------

Dirección del tribunal Número de teléfono del tribunal

Nombre, dirección y n.º de teléfono de la parte demandante/del solicitante	vs.	Nombre, dirección y n.º de teléfono de la parte demandada/que responde
Abogado, n.º de barra, dirección y n.º de teléfono de la parte demandante/del solicitante		Abogado, n.º de barra, dirección y n.º de teléfono de la parte demandada/que responde

En el caso de _____

Instrucciones: Completar el formulario y presentarlo ante el tribunal. Después de que reciba una decisión sobre su solicitud, usted deberá notificar su solicitud y la decisión a la(s) otra(s) parte(s).

Solicito al tribunal la exención de costos de presentación por la siguiente razón: (Marcar 1, 2 o 3)

1. Estoy recibiendo los siguientes tipos de asistencia pública (uno o varios) a causa de indigencia:
- Programa de Asistencia Alimentaria a través del Estado de Michigan (también conocida como FAP o SNAP)
 - Medicaid (incluyendo Healthy Michigan, CHIP y ESO)
 - Programa de Independencia Familiar a través del Estado de Michigan (también conocida como FIP o TANF)
 - Beneficios para mujeres, infantes e hijos (WIC)
 - Ingresos de Seguridad Complementarios a través del gobierno federal (SSI)
 - Otra asistencia pública sujeta a investigación de medios económicos: _____
- Mi número de caso de asistencia pública (uno o varios, si lo(s) hay) es _____
Escriba "ninguno" si no hay un número de caso.
No escriba su número de Seguro Social.
2. Estoy siendo representado por un programa de servicios legales o recibo asistencia de una clínica de una facultad de derecho a causa de indigencia. El nombre del programa de servicios legales o de la clínica de la facultad de derecho es _____.
3. No estoy en condiciones de pagar costos y no marqué el punto 1 ni el 2.
Los ingresos brutos de las personas que viven en mi hogar son de \$ _____ cada _____
La cantidad de personas que viven en mi hogar es de _____.
Mi fuente de ingresos es _____
Semana/Dos semanas/Mes/Año
Hacer una lista de sus activos, como cuentas de bancos. Si se requiere más espacio, adjuntar una hoja separada.

Hacer una lista de sus obligaciones y de cuánto paga, como renta u otras deudas. Si se requiere más espacio, adjuntar una hoja separada.

Declaro bajo pena de perjurio que esta solicitud ha sido examinada por mí y que su contenido es verídico según mi mejor información, conocimiento y creencia.

Fecha _____ Firma _____

EXENCIÓN DEL SECRETARIO DEL TRIBUNAL

1. Se exime el pago de costos.

Firma del secretario del tribunal y fecha

ORDEN

SE ORDENA:

1. Se exime el pago de costos a causa de que:
- a. Los ingresos brutos del hogar del solicitante están por debajo del 125% del nivel federal de pobreza.
 - b. Los ingresos brutos del hogar del solicitante están por encima del 125% del nivel federal de pobreza, pero el pago de los costos constituiría una dificultad financiera para usted.
 - c. Otras causas:

El solicitante está obligado a notificar al tribunal en caso de que vuelva a estar en condiciones de pagar los costos antes de que este caso sea resuelto.

2. La solicitud de exención de costos es denegada por los siguientes motivos:
- a. Los ingresos brutos del hogar del solicitante están por encima del 125% del nivel federal de pobreza y el pago de los costos no constituiría una dificultad financiera para usted.
 - b. Otras causas:

Firma del juez/magistrado (cuando esté autorizado) y fecha

NOTIFICACIÓN

SI SE DENEGÓ SU SOLICITUD: Para que continúe su caso y conservar la fecha de presentación, usted tiene 14 días a partir de la fecha de emisión, que figura a continuación, para pagar los costos de presentación o solicitar una revisión. Para solicitar una revisión, complete una Solicitud de revisión de exención de costos denegada (formulario MC 114) y preséntela en el tribunal.

Fecha de emisión (completada por el secretario del tribunal)