

FINANCIAL STATEMENT, AFFIDAVIT OF INDIGENCY, AND REQUEST FOR REDUCED IGNITION INTERLOCK DEVICE COSTS



DECLARACIÓN FINANCIERA, DECLARACIÓN JURADA DE INDIGENCIA Y SOLICITUD DE DISMINUCIÓN DE COSTOS DEL APARATO DE BLOQUEO DE ARRANQUE

N.º de caso \_\_\_\_\_  
Juzgado \_\_\_\_\_  
Condado \_\_\_\_\_  
División \_\_\_\_\_

ESTADO DE KENTUCKY

DEMANDANTE

CONTRA

ACUSADO

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN FINANCIERA:**

1. Ingresos:

¿Empleado?  Sí  No

En caso afirmativo:  Tiempo completo  Tiempo parcial  Temporal/de temporada

Duración del empleo: \_\_\_\_\_

Ingresos derivados del empleo:

mensualmente  quincenalmente  por hora \$ \_\_\_\_\_

De no ser así, fecha del último empleo: \_\_\_\_\_

¿Casado?  Sí  No En caso afirmativo, ¿su cónyuge trabaja?  Sí  No

De ser así, ingresos del cónyuge derivados del empleo:  mensualmente  quincenalmente  por

hora \$ \_\_\_\_\_

Ingresos totales de TODAS las fuentes y cantidad recibida por mes:

Asistencia pública: \$ \_\_\_\_\_  Cupones para alimentos: \$ \_\_\_\_\_  Seguro Social/Discapacidad: \$ \_\_\_\_\_

Compensación a trabajadores: \$ \_\_\_\_\_  Seguro por desempleo: \$ \_\_\_\_\_  Jubilación: \$ \_\_\_\_\_

Pensión alimenticia/manutención para menores: \$ \_\_\_\_\_  Acciones, fideicomisos, bonos: \$ \_\_\_\_\_

Asistencia para el Cuidado Infantil: \$ \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_

Total de ingresos de TODAS las otras fuentes: \$ \_\_\_\_\_

**INGRESOS MENSUALES TOTALES:** \$ \_\_\_\_\_

2. Bienes:

¿Posee bienes inmuebles?  Sí  No

De ser así, valor de los bienes inmuebles: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad adeudada: \$ \_\_\_\_\_

¿Posee una casa rodante?  Sí  No

De ser así, indique el valor de la casa rodante: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad adeudada: \$ \_\_\_\_\_

Bienes personales propios:

Vehículos de motor en funcionamiento (incluyendo motocicletas, podadoras montables, vehículos todoterreno, etc.):

Marca/Modelo/Año: \_\_\_\_\_ Valor: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad adeudada: \$ \_\_\_\_\_

Marca/Modelo/Año: \_\_\_\_\_ Valor: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad adeudada: \$ \_\_\_\_\_

Marca/Modelo/Año: \_\_\_\_\_ Valor: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad adeudada: \$ \_\_\_\_\_

Cuentas bancarias:  Sí  No

De ser así, saldo total de todas las cuentas: \$ \_\_\_\_\_

Otro(s) activo(s) (ej. barco, joyería, efectivo)

Tipo de activo: \_\_\_\_\_ Valor: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad adeudada: \$ \_\_\_\_\_

Tipo de activo: \_\_\_\_\_ Valor: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad adeudada: \$ \_\_\_\_\_

3. Personas a su cargo:  Sí  No  
De ser así, número de dependiente(s) (incluyendo niños, adultos mayores o discapacitados): \_\_\_\_\_  
Relación de la(s) persona(s) a su cargo con usted: \_\_\_\_\_ Edad(es) de la(s) persona(s) a su cargo \_\_\_\_\_

4. Gastos mensuales:  
Pago de hipoteca/renta:  Sí  No  
De ser así, monto del pago: \$ \_\_\_\_\_  
Pensión alimenticia para menores:  Sí  No  
De ser así, monto del pago: \$ \_\_\_\_\_  
Otros gastos mensuales corrientes (DEL HOGAR):  
 servicios públicos: \$ \_\_\_\_\_  agua: \$ \_\_\_\_\_  servicios telefónicos (fijo o móvil): \$ \_\_\_\_\_  
 servicio de internet: \$ \_\_\_\_\_  cable/satélite: \$ \_\_\_\_\_  pago de automóvil: \$ \_\_\_\_\_  
 pagos de tarjetas de crédito: \$ \_\_\_\_\_  
 pagos de seguro automotor/médico/vivienda/renta: \$ \_\_\_\_\_  
 cuidado infantil no reembolsado: \$ \_\_\_\_\_  colegiatura: \$ \_\_\_\_\_  deudas médicas: \$ \_\_\_\_\_  
 pagos de préstamos estudiantiles: \$ \_\_\_\_\_  Otras obligaciones financieras: \$ \_\_\_\_\_  
Total de otros gastos corrientes mensuales: \$ \_\_\_\_\_  
**TOTAL DE GASTOS MENSUALES :\$ \_\_\_\_\_**

**Solicitud de disminución de costos del aparato de bloqueo de arranque:** Declaro ante el juzgado que carezco de los medios económicos o de los activos suficientes como para pagar el monto total de los costos asociados con el alquiler o la compra, la instalación, el mantenimiento y la supervisión del aparato de bloqueo.

**ADVERTENCIA SOBRE EL FALSO TESTIMONIO:** Entiendo que proporcionar, **a sabiendas, información falsa** en la presente Declaración Financiera, Declaración Jurada de Indigencia y Solicitud de Disminución de Costos del Aparato de Bloqueo de Arranque podrá exponerme a las sanciones por falso testimonio establecidas en el Capítulo 523 de KRS, **lo que me expondría a una condena máxima de cinco (5) años de prisión.** Declaro, bajo pena de falso testimonio, que he leído o que me han leído la Declaración Financiera y la Declaración Jurada de Indigencia que anteceden, y que, a mi leal saber y entender, la información indicada en ellas es verdadera, íntegra y precisa. También juro informar al Juez de forma oportuna de toda modificación importante que sufra la información indicada en la Declaración Jurada de Indigencia que antecede.

\_\_\_\_\_  
del 2 \_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del declarante

\_\_\_\_\_  
del 2 \_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma/Cargo del funcionario que toma el juramento

