



APPLICATION FOR EXTENSION OF TIME FOR PAYMENT OF FINE, COURT COSTS AND FEES/SOLICITUD DE EXTENCION DE TIEMPO DE PAGO

(OFFICE USE ONLY/USO DE OFICINA)

<u>Case Number:</u>	<u>FG Date:</u>	<u>Amount Owed:</u>	<u>Payment</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

PERSONAL (INFORMACIÓN PERSONAL): Complete all information and print legibly (Complete toda la información con letra legible)

Name/Nombre: _____
 Last Name (Apellido) _____ First (Nombre) _____ Middle (Segundo Nombre) _____

Address/Domicilio: _____
 Number (Número) _____ Street (Calle) _____ City (Ciudad) _____ State (Estado) _____ Zip Code (Codigo Postal) _____

Mailing Address/Dirección Postal: _____
 Number (Número) _____ Street (Calle) _____ City (Ciudad) _____ State (Estado) _____ Zip Code (Codigo Postal) _____

Phone Number (Teléfono) (____) _____

I agree to receive notifications from the El Paso Municipal Court by text or call. Message/data rates may apply. Yes No

Cell Number (Número de Celular) (____) _____

Accepto recibir notificaciones del Tribunal Municipal de El Paso por mensaje de texto o llamada. Tarifas de mensajes /datos podrían aplicar. Si No

Date of Birth (Fecha de Nacimiento): ____/____/____
 MM DD YYYY

Email (Correo Electrónico): _____

Driver's License No. /ID No. /Passport No. (Núm de Licencia/Núm de ID/Número de Pasaporte): _____

Personal References (Referencias Personales) –

3 REQUIRED/REQUERIDOS (In the U.S. that DO NOT Live with You/Que vivan en los Estados Unidos y que no vivan con usted):

First/Last Name (Nombre/apellido) Address, City, State, Zip (Dirección, Ciudad, Estado, Codigo Postal) Phone Number (Núm. de Teléfono)

First/Last Name (Nombre/apellido) Address, City, State, Zip (Dirección, Ciudad, Estado, Codigo Postal) Phone Number (Núm. de Teléfono)

First/Last Name (Nombre/apellido) Address, City, State, Zip (Dirección, Ciudad, Estado, Codigo Postal) Phone Number (Núm. de Teléfono)

I SWEAR AND AFFIRM THAT THE ABOVE INFORMATION IS TRUE AND CORRECT (JURO Y AFFIMO QUE LA INFORMACION PROVEIDA ES CORRECTA Y VERIDICA):

Defendant's Signature (Firma de Demandado): _____

Date (Fecha): _____

If payment is made by check and the check is returned for insufficient funds, a bad check fee will be added and you will be required to pay the remaining unpaid amount of your payment plan plus the bad check fee of \$30.00 in cash. (Si su pago fue hecho con cheque y su cheque no tiene suficientes fondos, se le cobrara una cantidad por fondos insuficientes de \$30.00. Además es requerido que el balance restante de su plan de pago sea en efectivo.)

FOR INTERNAL USE ONLY

INTERVIEWED BY: _____ **DATE:** _____ **VERIFIED BY:** _____