

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
TRIBUNAL GENERAL DE JUSTICIA  
 Tribunal Supremo  Tribunal de Apelaciones  
Tribunal de Primera Instancia, Sala  Superior  Municipal de \_\_\_\_\_

Parte demandante  Parte Peticionaria  
 Parte Recurrente  Otro: \_\_\_\_\_  
v.  
 Parte demandada  Parte Peticionada  
 Parte Recurrida  Otro: \_\_\_\_\_

Caso Núm. \_\_\_\_\_

Sobre: \_\_\_\_\_

**SOLICITUD Y DECLARACIÓN PARA QUE SE EXIMA DE PAGO DE ARANCEL POR RAZÓN DE INDIGENCIA**

Al Honorable Tribunal:

Comparece \_\_\_\_\_,  
*Nombre y apellidos*

- la parte solicitante
- el (la) representante de la parte solicitante
- la parte solicitante menor de edad o incapaz, representada por su madre, padre, tutor(a) legal o persona con custodia

por derecho propio y respetuosamente expone, alega y solicita que:

1. La parte solicitante no cuenta con los recursos económicos para pagar los derechos y aranceles de esta acción, conforme lo establece la ley.
2. Estoy convencido(a) de que la reclamación es meritoria.
3. En apoyo a esta solicitud, declaro bajo pena de perjurio que las respuestas que expreso a continuación son ciertas.

**INSTRUCCIONES:** Complete todas las preguntas incluidas en este formulario y fírmelo. No deje preguntas sin contestar. Si la respuesta es "0", "ninguno" o "no aplica" escríbalo en su respuesta. De requerir más espacio para contestar alguna pregunta puede acompañar una hoja de papel separada, la cual deberá identificar con su nombre, las partes y número de caso, así como la(s) pregunta(s) que está contestando.

**A. INFORMACIÓN DE LA PERSONA PARA LA CUAL SE SOLICITA LA EXENCIÓN:**

_____	_____	_____	_____
<i>Nombre</i>	<i>Inicial</i>	<i>Primer apellido</i>	<i>Segundo apellido</i>
Fecha de nacimiento (día/mes/año): _____			Edad: _____
Sexo: <input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> intersexo <input type="checkbox"/> otras opciones/no binario: _____			
<input type="checkbox"/> prefiero no informar			
Estado civil: <input type="checkbox"/> casado(a) <input type="checkbox"/> soltero(a) <input type="checkbox"/> pareja consensual (pareja)			
¿Sabe leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    ¿Sabe escribir? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Grado más alto completado: _____			
<input type="checkbox"/> escuela elemental	<input type="checkbox"/> escuela intermedia	<input type="checkbox"/> cuarto año de	<input type="checkbox"/> maestría
<input type="checkbox"/> grado técnico	<input type="checkbox"/> bachillerato	escuela superior	<input type="checkbox"/> doctorado
Tipo de preparación profesional o vocacional que posee: _____			
Dirección física: _____			
Indique si la dirección física es igual a la dirección postal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Por favor indique la dirección postal): _____			
Correo electrónico: _____			
Teléfono celular: ( _____ ) _____    Teléfono residencial: ( _____ ) _____			

Caso Núm. \_\_\_\_\_

¿Está la persona sumariada o confinada en una institución carcelaria?  Sí  No  
De ser así, indique el nombre de la institución: \_\_\_\_\_

¿Está la persona ingresada en una institución hospitalaria, psiquiátrica o correccional?  
 Sí  No  
De ser así, indique el nombre de la institución: \_\_\_\_\_

¿Ha sido declarado(a) incapaz por algún tribunal?  Sí  No  
De ser así, indique la fecha de la declaración de incapacidad (día, mes, año), el tribunal que la emitió y el número de caso: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**B. INFORMACIÓN LABORAL Y ECONÓMICA DE LA PERSONA PARA LA CUAL SE SOLICITA LA EXENCIÓN, DE SU CÓNYUGE O PAREJA, O DE SUS PADRES, TUTORES O PERSONA CON CUSTODIA, EN CASO DE SER MENOR DE EDAD: (Deberá especificar cada fuente de ingreso y anejar evidencia de lo informado, tales como talonarios, verificaciones de empleo, cheques, estados de cuentas bancarias, planillas de contribución sobre ingresos, certificaciones del Centro de Recaudación de Ingresos Municipales (CRIM), certificaciones de la Administración para el Sustento de Menores (ASUME), contratos, entre otros).**

Indique si está empleado(a):  Sí  No  
De ser así, complete la siguiente información:

Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre del patrono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Salario: \$ \_\_\_\_\_  semanal  bisemanal  quincenal  mensual

¿Está acogido(a) a una licencia sin sueldo?  Sí  No  
De ser así, indique el periodo de la licencia y la razón: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si está desempleado(a), indique la fecha desde que lo está (día/mes/año): \_\_\_\_\_

Provea sus experiencias de empleo durante los pasados tres (3) años (deberá incluir nombre del patrono, dirección, fecha de empleo, puesto y salario mensual que devengaba):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indique si su cónyuge o pareja está empleado(a):  Sí  No  
De ser así, complete la siguiente información:

Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre del patrono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Salario: \_\_\_\_\_  semanal  bisemanal  quincenal  mensual

¿Está acogido(a) su cónyuge o pareja a una licencia sin sueldo?  Sí  No  
De ser así, indique el periodo de la licencia: \_\_\_\_\_

Si su cónyuge o pareja está desempleado(a), indique la fecha desde que lo está (día/mes/año), patrono, puesto, lugar y salario mensual del último empleo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Especifique los ingresos mensuales que recibe:

- Ingreso bruto mensual por empleo, negocio propio o trabajo por cuenta propia del (de la) solicitante \$ \_\_\_\_\_
  - Ingreso bruto mensual del (de la) cónyuge o pareja por empleo, negocio propio o trabajo por cuenta propia \_\_\_\_\_
  - Otros ingresos mensuales del (de la) solicitante y su cónyuge o pareja (*tales como propinas, comisiones, intereses, dividendos, rentas, bonos, estipendios u otras ganancias. Deberá especificar la fuente y cuantía de cada ingreso.*) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- Total de ingresos: \$ \_\_\_\_\_

Informe otras fuentes de ingreso familiar:

- |   | <i>Solicitante</i> | <i>Cónyuge o pareja</i> |
|---|--------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Compensación por desempleo               | \$ _____           | \$ _____                |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Económica                     | _____              | _____                   |
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional (PAN) | _____              | _____                   |
| <input type="checkbox"/> Departamento de la Familia (TANF)        | _____              | _____                   |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos por pobreza      | _____              | _____                   |
| <input type="checkbox"/> Pensiones                                |                    |                         |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social                            | _____              | _____                   |
| <input type="checkbox"/> Veteranos                                | _____              | _____                   |
| <input type="checkbox"/> Fondo del Seguro del Estado              | _____              | _____                   |
| <input type="checkbox"/> Retiro                                   | _____              | _____                   |
| <input type="checkbox"/> Gobierno Federal                         | _____              | _____                   |
| <input type="checkbox"/> Otras pensiones (especifique cada una)   | _____              | _____                   |
| _____   | _____              | _____                   |
| _____   | _____              | _____                   |
- Total de otros ingresos: \$ \_\_\_\_\_

¿La persona solicitante, su cónyuge o pareja han recibido algún dinero en los pasados doce (12) meses de alguna de las siguientes fuentes? De ser así, indique a continuación la cantidad de dinero que recibieron:

		<i>Solicitante</i>	<i>Cónyuge o pareja</i>
Pago por retiro, incapacidad, anualidad o seguro de vida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____	\$ _____
Ingresos de bienes raíces (tales como venta(s) o alquiler(es) de propiedades)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Ingresos de ventas de bienes mueble (tales como vehículos de motor, embarcaciones)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Intereses o dividendos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Herencias, donativos o regalos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Pensión conyugal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Pensión alimentaria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Pensión entre parientes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Premios de casino, loterías, carreras de caballo u otro juego de azar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Becas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Otras fuentes de ingreso (explique):	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

¿Está esperando algún cambio significativo en sus ingresos mensuales para los próximos doce (12) meses?  Sí  No

De ser así, explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Recibe alguno de los siguientes beneficios?

- Tarjeta de Salud del gobierno  
 Subsidios por el pago de utilidades concedidos por el gobierno (ej. agua, luz, teléfono)

¿Radica planillas de contribución sobre ingresos?  Sí  No

De ser así, indique el último año contributivo radicado: \_\_\_\_\_

¿Ha presentado una petición ante el Tribunal de Quiebra de los Estados Unidos?  Sí  No

De ser así, indique lo siguiente:

Número de caso: \_\_\_\_\_ Fecha de la petición: \_\_\_\_\_

Etapas en las que se encuentra el proceso: \_\_\_\_\_

Indique la cantidad del plan de pago autorizado por el Tribunal, cuando ello aplique:

\$ \_\_\_\_\_

Información de aquellos(as) dependientes que no residan con la persona para la cual se solicita la exención:

Nombre y apellidos	Edad	Relación	¿Está obligado(a) a proveer pensión alimentaria?	Cantidad mensual
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿Tiene deuda por concepto de pensión alimentaria?  Sí  No

De ser así, indique el nombre y la cantidad de la deuda para cada alimentista (persona que es beneficiaria de una asignación para alimentos):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**C. INFORMACIÓN SOBRE BIENES DE LA PERSONA PARA LA CUAL SE SOLICITA LA EXENCIÓN, SU CÓNYUGE O PAREJA, O DE SUS PADRES, TUTORES O PERSONA CUSTODIA, EN CASO DE SER MENOR DE EDAD:**

*(Deberá anejar evidencia de lo informado, tales como escrituras, títulos de propiedad, contratos, certificaciones de bienes muebles o inmuebles del Centro del Recaudación de Ingresos Municipales (CRIM), licencias de vehículos de motor, estados de cuentas bancarias, entre otros).*

¿Es la persona solicitante, su cónyuge o pareja, propietario(a) del lugar donde reside?

Sí  No

De ser así, indique lo siguiente:

Dirección de la propiedad: \_\_\_\_\_

Descripción de la propiedad: \_\_\_\_\_

Valor estimado de la propiedad: \$ \_\_\_\_\_

Extensión del lote del terreno, solar o finca: \_\_\_\_\_

De estar hipotecada la propiedad, informe la cuantía adeudada: \$ \_\_\_\_\_

¿La persona solicitante está enfrentando un proceso de ejecución de hipoteca?  Sí  No

¿Se ha referido este caso a mediación?  Sí  No

¿Es la persona solicitante, su cónyuge o su pareja, propietario(a) de algún otro bien inmueble? (Tales como, casas, apartamentos, terrenos, solares o fincas)  Sí  No

Caso Núm. \_\_\_\_\_

De ser así, indique lo siguiente para cada bien inmueble:

Dirección de la propiedad: \_\_\_\_\_

Descripción de la propiedad: \_\_\_\_\_

Valor estimado de la propiedad: \$ \_\_\_\_\_

Extensión del lote del terreno, solar o finca: \_\_\_\_\_

De estar hipotecada la propiedad, informe la cuantía adeudada: \$ \_\_\_\_\_

Dirección de la propiedad: \_\_\_\_\_

Descripción de la propiedad: \_\_\_\_\_

Valor estimado de la propiedad: \$ \_\_\_\_\_

Extensión del lote del terreno, solar o finca: \_\_\_\_\_

De estar hipotecada la propiedad, informe la cuantía adeudada: \$ \_\_\_\_\_

Indique si la persona solicitante, su cónyuge o su pareja es propietario(a) o dueño(a) de otros bienes, incluyendo joyas, acciones en la bolsa de valores, pagarés a su favor, bonos o cualquier otra propiedad de valor:

<i>Descripción</i>	<i>Valor estimado</i>
	\$

Informe todos los vehículos de motor y vehículos marítimos (tales como autos, camiones, motoras, *trailers*, *four tracks* o cualquier vehículo terrestre; lanchas, botes, embarcaciones o motoras acuáticas) de la persona solicitante y de los miembros de su composición familiar:

<i>Marca</i>	<i>Modelo</i>	<i>Año</i>	<i>Institución financiera, de haberla</i>	<i>Valor estimado del vehículo</i>
				\$

Indique el dinero en efectivo que posee la persona solicitante y su cónyuge o su pareja:

\$ \_\_\_\_\_

Especifique todo el dinero que tenga la persona solicitante y su cónyuge o su pareja en cuentas bancarias:

<i>Entidad Bancaria</i>	<i>Tipo de Cuenta</i>	<i>Cantidad de dinero</i>
		\$

¿Tiene la persona solicitante, su cónyuge o su pareja cuentas IRA o Plan de Pensiones?

Sí  No

De ser así, informe la entidad y cantidad de dinero: \$ \_\_\_\_\_

Informe toda persona natural o jurídica, negocio u organización que le debe dinero a la persona solicitante, su cónyuge o su pareja:

Nombre	Cantidad adeudada
	\$

De la persona solicitante estar confinado(a), deberá proveer una copia certificada del estado de cuenta de confinado(a) que refleje su actividad por los pasados seis (6) meses antes de la radicación del caso para el cual solicita exención, la cual deberá ser emitida por un oficial de la institución carcelaria. Además, informe la cuantía que posee en su estado de cuenta:

\$ \_\_\_\_\_ .

**D. COMPOSICIÓN FAMILIAR DE LA PERSONA PARA LA CUAL SE SOLICITA LA EXENCIÓN:** *(Deberá especificar cada fuente de ingreso y anejar evidencia de lo informado, tales como talonarios, cheques, estados de cuentas bancarias, planillas de contribución sobre ingresos, entre otros).*

Información de las personas que residen en el hogar (no incluya la información del cónyuge ni de la persona solicitante):

Nombre y apellidos	Relación	Edad	Dependiente	Fuente de ingresos	Ingreso Bruto Mensual
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

**E. INFORMACIÓN SOBRE LOS GASTOS Y OBLIGACIONES MENSUALES:** *(Deberá anejar a la solicitud evidencia de los gastos informados, tales como contratos, libretas de pago, cheques cancelados, estados de cuentas bancarias, facturas, recibos de pago, entre otros).*

Informe todos los gastos mensuales:

- Alimentos \$ \_\_\_\_\_
- Ropa \_\_\_\_\_
- Agua potable \_\_\_\_\_
- Energía eléctrica \_\_\_\_\_
- Teléfono \_\_\_\_\_
- Transportación \_\_\_\_\_
- Hipoteca o alquiler de residencia principal \_\_\_\_\_
- Seguros médicos \_\_\_\_\_
- Gastos médicos \_\_\_\_\_
- Otros (describa): \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Total de gastos: \$ \_\_\_\_\_

Informe todas sus obligaciones o deudas mensuales (tales como tarjetas de crédito, préstamos personales, préstamos comerciales, préstamos de auto o arrendamiento de vehículo (*lease*), líneas de crédito y financieras):

<i>Nombre del acreedor o institución financiera</i>	<i>Balance adeudado</i>	<i>Pago mensual</i>
	\$	\$
Total de pagos mensuales: \$		

¿Está esperando algún cambio significativo en sus gastos u obligaciones mensuales para los próximos doce (12) meses?  Sí  No

De ser así, explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**F. INFORMACIÓN SOBRE LITIGIOS ANTERIORES: (Deberá completar esta información solamente si esta solicitud es para la presentación de un recurso ante el Tribunal Supremo o Tribunal de Apelaciones)**

¿Litigó este caso como indigente en el Tribunal de Primera Instancia, Tribunal de Apelaciones o en la Agencia Administrativa?  Sí  No

En el  Tribunal de Primera Instancia  Tribunal de Apelaciones  Agencia Administrativa fue representado(a) por:

- Abogado(a) de Oficio
- Abogado(a) privado(a)
- Sociedad para Asistencia Legal
- Otro: \_\_\_\_\_

**G. ANEJOS**

Se acompañan \_\_\_\_\_ documentos como anejos a esta solicitud para evidenciar la información provista en las secciones B, C, D, y E de este formulario.  
(cantidad)

**H. INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL (DE LA) SOLICITANTE, DE NO SER QUIEN RECIBIRÁ LA EXENCIÓN:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco o relación con la persona solicitante: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

¿Conoce usted alguna persona contacto o familiar que pueda proveer información adicional sobre la persona para la cual se solicita la exención?  Sí  No

De ser así, complete la siguiente información:

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Por todo lo cual, se le solicita a este honorable Tribunal que, previo a los trámites de ley correspondientes, dicte resolución de conformidad.

**I. DECLARACIÓN DEL (DE LA) SOLICITANTE O SU REPRESENTANTE:**

Al firmar esta solicitud, certifico, bajo pena de perjurio, que la información detallada en este documento es cierta por constarme de propio y personal conocimiento, y doy fe que lo expresado es correcto y veraz.

Respetuosamente presentado.

En \_\_\_\_\_, Puerto Rico, el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .  
*pueblo día mes año*

Certifico que envío en esta misma fecha, copia de esta solicitud a la otra parte o a su representante legal  por correo certificado con acuse de recibo  por correo regular  personalmente  otro (especifique): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Nombre del (de la) solicitante*

\_\_\_\_\_  
*Firma del (de la) solicitante*

Dirección postal del (de la) solicitante:

Dirección postal de la otra parte:

\_\_\_\_\_  
Dirección física (si es distinta a la postal):

\_\_\_\_\_  
Dirección física (si es distinta a la postal):

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono:

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono:

( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico:

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico: