

NOTE: THIS FORM IS FOR INFORMATIONAL PURPOSES ONLY. DO NOT COMPLETE THIS FORM FOR FILING. USE THE ENGLISH VERSION OF THE AOC-CV-226 INSTEAD.

SÍRVASE NOTAR: ESTE FORMULARIO SÓLO SE DISPONE PARA FINES INFORMATIVOS. NO LO DEBE PRESENTAR EN EL TRIBUNAL, SINO QUE DEBE LLENAR Y PRESENTAR LA VERSIÓN EN INGLÉS DEL FORMULARIO AOC-CV-226.

(TYPE OR PRINT IN BLACK INK)
(A MÁQUINA O EN LETRA DE IMPRENTA CON TINTA NEGRA)

File No.
Nro. de expediente

STATE OF NORTH CAROLINA
EL ESTADO DE CAROLINA DEL NORTE

In The General Court Of Justice
 District Superior Court Division
En los Tribunales de Justicia del Fuero Común
 de Distrito Superior

County
Condado de _____

Name Of Applicant Nombre del solicitante	
Street Number And Street Name, Including Apartment Or Unit Number If Applicable Calle y número, con el número de departamento o unidad, si procede	
City, State And Zip Code Ciudad, estado y código postal	
Full Permanent Mailing Address Of Applicant (if different than above) Dirección de correo permanente completa del solicitante (si no es la misma de arriba)	
Telephone Number Of Applicant Número de teléfono del solicitante	Date Of Birth(mm/dd/yyyy) Fecha de nacimiento (mes/día/año)
<input type="checkbox"/> Plaintiff Demandante	<input type="checkbox"/> Defendant Demandado
Full Social Security No. Nro. de seguro social completo	<input type="checkbox"/> Has No Social Security No. No tiene número de seguro social

CIVIL AFFIDAVIT OF INDIGENCY
DECLARACIÓN JURADA CIVIL DEL ESTADO
FINANCIERO

G.S. 7A-450 et seq.
Art. 7A-450 y siguientes de la ley

MONTHLY INCOME (money you make) INGRESOS MENSUALES (lo que gana cada mes)		MONTHLY EXPENSES (money you pay out) GASTOS MENSUALES (lo que gasta cada mes)	
Employment - Applicant Empleo - solicitante	\$	Number Of Dependents Número de personas a su cargo	_____
Name And Address Of Applicant's Employer (If not employed, state reason; if self-employed, state trade) Nombre y dirección del empleador del solicitante (Si no cuenta con un empleo, explique la razón; si es trabajador autónomo, indique su oficio)		Shelter <input type="checkbox"/> Buying <input type="checkbox"/> Renting Vivienda Compra Renta	\$
		Food (including Food Stamps) Alimentos (incluidas estampillas de alimentos)	\$
		Utilities (power, water, heating, phone, cable, etc.) Servicios públicos (luz, agua, calefacción, teléfono, cable, etc.)	\$
Other Income (Welfare, Food Stamps, S/S, Pensions, etc.) Otros ingresos (ayuda social, estampillas de alimentos, Seguro Social, pensiones, etc.)	\$	Health Care Servicios médicos	\$
Employment - Spouse Empleo - cónyuge	\$	Installment Payments <input type="checkbox"/> Vehicle <input type="checkbox"/> Other Mensualidades <input type="checkbox"/> Vehículo <input type="checkbox"/> Otras	\$
Name And Address Of Spouse's Employer Nombre y dirección del empleador del cónyuge		Car Expenses (gas, insurance, etc.) Gastos del carro (combustible, seguro, etc.)	\$
		Support Payments Manutención	\$
		Other: (specify) Otros: (especifique)	\$
Total Monthly Income Total de ingresos mensuales	\$	Total Monthly Expenses Total de gastos mensuales	\$

(Over)
(Continúe)

DESCRIPTION OF ASSETS AND LIABILITIES DESCRIPCIÓN DE ACTIVOS Y PASIVOS		ASSETS (things you own) ACTIVOS (cosas que posee)	LIABILITIES (amounts you owe) PASIVOS (montos que debe)
Cash On Hand And In Bank Accounts <i>(list name of bank and account type, do not list account no.)</i> Efectivo a mano y en cuentas bancarias <i>(Escriba el nombre del banco y el tipo de cuenta, no escriba el número de cuenta.)</i>		\$	
Money Owed To Or Held For Applicant Dinero adeudado o dinero retenido al solicitante		\$	
Motor Vehicles <i>(list make, model, year)</i> Vehículos motorizados <i>(Escriba la marca, el modelo y el año)</i>		<i>(Fair Market Value)</i> <i>(Valor justo del mercado)</i> \$	<i>(Balance Due)</i> <i>(Saldo vencido)</i> \$
Real Estate Bienes inmuebles		<i>(Fair Market Value)</i> <i>(Valor justo del mercado)</i> \$	<i>(Balance Due)</i> <i>(Saldo vencido)</i> \$
Personal Property Bienes muebles		<i>(Fair Market Value)</i> <i>(Valor justo del mercado)</i> \$	<i>(Balance Due)</i> <i>(Saldo vencido)</i> \$
Other Debts Otras deudas			\$
Last Income Tax Filed 20 _____ <input type="checkbox"/> Refund <input type="checkbox"/> Owe Última declaración de impuestos 20 _____ <input type="checkbox"/> Reembolso <input type="checkbox"/> Adeudo		\$	\$
Other Otros		\$	\$
Total Assets And Liabilities Total de activos y pasivos		\$	\$
Bond Type Tipo de fianza	Amount Monto \$	By Whom Posted Persona que depositó la fianza	

NOTE: Read the notice on the reverse side before completing this form.
NOTA: Lea el aviso al reverso antes de llenar este formulario.

POR FAVOR LLENE LA VERSIÓN EN INGLÉS DE ESTE FORMULARIO

(Over)
(Continúe)

**NOTICE TO PERSONS REQUESTING INDIGENCY OR PARTIAL INDIGENCY DESIGNATION
NOTIFICACIÓN A LAS PERSONAS QUE SOLICITAN DESIGNACIÓN DE POBREZA O DE POBREZA
PARCIAL**

1. When answering the questions on the Affidavit Of Indigency (*reverse side of this form*), please do not discuss your case with the interviewer. The interviewer can be called as a witness to testify about any statements made in his/her presence. Please wait and speak with your lawyer. Do not ask the interviewer for any advice or opinion concerning your case.

Al responder las preguntas de la Declaración jurada del estado financiero (*al reverso de este formulario*), sírvase no hablar de su caso con el entrevistador, ya que éste puede ser citado a dar su testimonio sobre todo comentario que usted pudiera haber hecho en su presencia. Le pedimos que espere y hable con su abogado. No le pida consejos, opiniones ni asesoría al entrevistador con respecto a su caso.

2. **A designation of indigency relieves your obligation to pay all of the arbitration fee. A designation of partial indigency requires you to pay your appropriate percentage of your pro rata share of the arbitration fee prior to arbitration. Failure to pay the arbitration fee will result in the entry of a civil judgment against you, which will accrue interest at the legal rate set out in G.S. 24-1 from the date of the entry of judgment. Your North Carolina Tax Refund and/or North Carolina Lottery winnings may be taken.**

Una designación de pobreza lo libera por completo de la obligación de pagar el costo de arbitraje. Una designación parcial de pobreza requiere que usted pague la parte porcentual prorrateada que le corresponda del costo del arbitraje antes de que se lleve a cabo. El no pagar el costo de arbitraje resultará en que se registre una sentencia civil en su contra que acumulará intereses a la tasa legal establecida en el art. 24-1 de la ley a partir de la fecha del registro de la sentencia. Es posible que se le quite su reembolso de impuestos o sus ganancias de la lotería de Carolina del Norte.

3. The information you provide may be verified, and your signature below will serve as a release permitting the interviewer to contact your creditors, employers, family members, and others concerning your eligibility for an indigency designation. A false or dishonest answer concerning your financial status could lead to prosecution for perjury. See G.S. 7A-456(a) (“A false material statement made by a person under oath or affirmation in regard to the question of his indigency constitutes a Class I felony.”).

Es posible que se tenga que verificar la información que proporciona, y su firma al calce sirve como una autorización que permite que el entrevistador se comunice con sus acreedores, empleadores, familiares y otros con respecto a si cumple las condiciones para recibir la designación de pobreza. Toda respuesta falsa o deshonesta respecto a su situación económica podrá causar que se le enjuicie por perjurio. Véase el art. 7A-456(a) de la ley (“Toda declaración del estado financiero manifestada de manera deshonesta bajo juramento o promesa de decir verdad, con respecto a la cuestión del beneficio de pobreza, constituye un delito grave de Clase I”).

Under penalty of perjury, I declare that the information provided on this form is true and correct to the best of my knowledge, and that I am financially unable to pay all or part of the arbitration fees prior to the arbitration. I now request that I be designated indigent or partially indigent. I authorize the Court to contact my creditors, employers, or family members, any government agencies or any other entities listed below concerning my eligibility for such designation. Bajo pena de perjurio, declaro que la información dada en este formulario es verídica y correcta según mi leal saber y entender y que no tengo los medios económicos para pagar el costo total o parcial del arbitraje antes de que se lleve a cabo. Ahora solicito que se me dé la designación de pobreza o de pobreza parcial. Autorizo al tribunal que se comuniquen con mis acreedores, empleadores, familiares, cualquier dependencia gubernamental u otra entidad indicada a continuación tocante a si cumplo con las condiciones para dicha designación.

I further authorize my creditors, employers, or family members, any governmental agencies or any other entities listed below to release financial information concerning my eligibility for such designation upon request of the Court. Además, autorizo a mis acreedores, empleadores o familiares, a cualquier dependencia gubernamental u otra entidad enumerada a continuación para que dé a conocer información financiera con respecto a si cumplo con las condiciones para dicha designación, previa solicitud del tribunal.

(Over)
(Continúe)

SWORN/AFFIRMED AND SUBSCRIBED TO BEFORE ME DECLARADO SOLEMNEMENTE Y SUSCRITO ANTE MÍ		Date (mm/dd/yyyy) Fecha (mes/día/año)
Date (mm/dd/yyyy) Fecha (mes/día/año)	Signature Firma	Signature Of Applicant Firma del solicitante
<input type="checkbox"/> Deputy CSC Actuario auxiliar del TS	<input type="checkbox"/> Assistant CSC Actuario asistente del TS	<input type="checkbox"/> Clerk Of Superior Court Secretario del Tribunal Superior
<input type="checkbox"/> Magistrate Juez de instrucción	Name Of Applicant (type or print) Nombre del solicitante (a máquina o en letra de imprenta)	
<input type="checkbox"/> Notary Notario	Date My Commission Expires (mm/dd/yyyy) Fecha en que vence mi comisión (mes/día/año)	<input type="checkbox"/> Plaintiff Demandante <input type="checkbox"/> Defendant Demandado
SEAL SELLO	County Where Notarized Condado en que se notariizó	

POR FAVOR LLENE LA VERSIÓN EN INGLÉS DE ESTE FORMULARIO