



**DALLAS COUNTY DISTRICT COURTS
APPLICATION OF EXTENSION OF TIME FOR PAYMENT**

PERSONAL

NAME _____
(Nombre) Last (Apellido) First (Nombre) Middle (Segundo Nombre)

ADDRESS _____
(Direccion) Number (Numero) Street (Calle) City (Ciudad) State (Estado) Zip (Codigo Postal)

HOUSE OR APT.? _____ (If apt. please put apt. #) _____
(Casa or Apt.?) (Apt. Numero)

PHONE (TELEFONO) _____
Home (Casa) Cell (Celular) Work (Trabajo)

IF NO PHONE, WHERE CAN YOU BE REACHED? (Segundo Telefono) () _____

E-MAIL ADDRESS (Correo Electronico) _____

DATE OF BIRTH _____ DRIVERS LICENSE # _____ STATE _____
(Fecha De Nacimiento) (Numer De Licencia para Manejar) (Estado)

SOCIAL SECURITY # (Seguro Social) _____ GENDER (Genero) _____ RACE (Raza) _____

HEIGHT (Altura) _____ WEIGHT (Peso) _____ EYE COLOR (Color de ojos) _____ HAIR COLOR (Color de pelo) _____

LIST THE NAMES AND PHONE NUMBERS OF TWO (2) PERSONAL REFERENCES
(Liste el nombre y telefono de dos personas referencia)

_____ () _____
Name (Nombre) Phone (Telefono) Relationship (Pariente)

_____ () _____
Name (Nombre) Phone (Telefono) Relationship (Pariente)

ASSETS (FONDOS)

EMPLOYER _____ () _____ () _____
(Trabajo) Name (Nombre) Phone (Telefono) How Long? (Anos)

Address (Direccion) Number (Numero) Street (Calle) City (Ciudad) State (Estado) Zip (Codigo Postal)

SALARY: \$ _____ HOURLY WAGE: \$ _____ TAKE HOME MONTHLY PAY: \$ _____
(Salario) (Salario Por Hora) (Salario Mensual)

PLEASE CHECK ANY OTHER SOURCES OF INCOME YOU RECEIVE AND THE AMOUNT(S):

- Child Support \$ _____/Month Disability \$ _____/Month Retirement \$ _____/Month Soc. Sec. \$ _____/Month
(Mantenimiento de nino) (Incapacidad por mes) (Retiro por mes) (Seg. Soc. por mes)
- Unemployment \$ _____/Month Welfare/Medicaid \$ _____/Month Other \$ _____/Month
(Desempleo por mes) (Otro por mes)

Sworn and Subscribed to this _____ day of _____ 20_____, by defendant.
(Jurado Y Suscrito Ante Mi hoy Dia) (De) (Por el acusado.)

Defendant Signature
(Firma De Acusado)