



Joyce Hudman, County Clerk
Collections Department

BRAZORIA COUNTY COLLECTIONS DEPARTMENT
Application for Payment of Court Costs, Fine and Fees

DEPARTAMENTO DE COLECCIONES DEL CONDADO DE BRAZORIA
Aplicacion para Pago De Costo de la Corte & Multas

ANSWER ALL QUESTIONS – IF NOT APPLICABLE, PLACE N/A
CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS – SI NO ES APPLICABLE, ESCRIBA UNA N/A

Personal Information/Informacion Personal

Name/Nombre (Last/Apellido, First/Primero Middle/ Medio)

Nickname, Maiden Name AKA/Apodo, Nombre de Soltera, Tambien Conocido Como

Address/Domicilio

Apt/Lot/
Apartamento

City & State/Ciudad y Estado

Zip Code/
Código Postal

Mailing Address/Direccion de correo

Apt/Lot/
Apartamento

City & State/Ciudad y Estado

Zip Code/
Código Postal

Home Phone/Telefono de casa

Cell Phone/Telefono Cellular

Date of Birth/Fecha de Nacimiento

SSN/Numero Social

Sex/Sexo

Driver License or ID Number/
Numero de Licencia de Conducir o Identificacion

Email Address/Correo Electronico

Marital Status/Estado Civil (Check one/la marque uno)

Married/Casado _____ Single/Soltero _____ Widowed/Viudo _____

Separated/Separado _____ Divorced/Divorciado _____

If Married Spouse's Name/si es casado(a) nombre del cónyuge

Spouse's Phone/Teléfono del Cónyuge

Friends or References/Amigos o Referencias

****DO NOT LIST YOUR BOSS OR ATTORNEY, ALL OTHERS ACCEPTABLE/
NO MENCIONE A SU JEFE O ABOGADO, TODOS LOS DEMAS SON ACEPTABLES****

***First Reference/Primera Referencia**

Name/Nombre

Relationship/la Relacion

Address/Domicilio

Phone Number/Numero de Telefono

***Second Reference/Segunda Referencia**

Name/Nombre

Relationship/la Relacion

Address/Domicilio

Phone Number/Numero de Telefono

Employment/Empleo

Are you employed/Esta usted empleado? yes/si _____ no _____

If yes, complete the following information/En caso afirmativo, complete la siguiente informacion:

Employer Name/Nombre del Empleador

Employer Address/Direccion de Empleador

Student/Estudiante: (check one/marque uno)

Part time/Tiempo Parcial _____ Full Time/Tiempo Complete _____ Not a student/no Estudiante _____

Income/ ingresos

Hourly Wage/Salario por Hora \$ _____ Monthly Wage/Salario Mensual: \$ _____

(Select all that applies/Seleccione todas las que aplican)

Social Security/Seguridad Social: _____ Retirement/Retiro: _____ Disability/incapacidad: _____

Welfare/Asistencia Social: _____ Unemployment/Desempleo: _____

Child Support/Manutencion de los Hijos: _____ Food Stamps/Estampillas: _____ WIC: _____

Medicaid: _____ CHIP _____ TANF: _____

Child Support Received/ Manutencion de menores Recibido: \$ _____

Other Income/ Otros Ingresos: \$ _____

Spouse's Monthly Income/Ingresos mensuales de su Esposo(a): \$ _____

Monthly Expenses/Gastos Mensuales

Mortgage or Rent/Hipoteca o Renta: \$ _____

Child Support – Alimony/Manutencion – Pension Alimenticia: \$ _____

Utilities/Utilidades: \$ _____ Cable Bill/Pago de Cable: \$ _____ Food/la Comida \$ _____

Cell Phone-Home phone/Telefono Celuar-Telefono de Casa: \$ _____

Car Payment/Pago de Auto: \$ _____ Insurance/Aseguranza: \$ _____

Medical Expenses/Gastos Medicos: \$ _____ Others (explain)/Otros (explique): \$ _____

Number of Dependents Supported/Numero de Dependientes: _____

ACKNOWLEDGEMENT AND DECLARATION/CONOCIMIENTO Y DECLARACION

I agree that the Brazoria County Collections office may contact me by telephone at any telephone number associated with my case including wireless telephone numbers, which could result in charges to me. The Collections office may also contact me by sending text messages or e-mails, using any e-mail address provided to them. Methods of contact may include using prerecorded/artificial voice messages and/or use of an automatic dialing device, as applicable.

I hereby certify that the information and statements made on this application and all information furnished in support of the application are true and correct. I agree to give the Brazoria County Collections office any information necessary to prove statements made in this application. I furthermore give them permission to contact my employer, benefit provider, or creditors to verify information I have provided. I understand that this application will be considered without regard to race, color, religion, creed, national origin or political belief.

Estoy de acuerdo en que la Oficina de Colecciones del Condado de Brazoria puedan ponerse en contacto conmigo a cualquier numero de telefono asociado con mi caso, incluidos los numeros de telefono celular, lo cual podria resultar en cargos para mi. La Oficina de Colecciones tambien puede ponerse en contacto conmigo enviando mensajes de texto o correo electronico, utilizando cualquier direccion de correo electronico proporcionado a ellos. Los metodos de contacto pueden incluir la utilizacion de mensajes de voz artificial o pregrabada y/o el uso de llamada automatica.

Certifico que la informacion y las declaraciones hechas en esta aplicacion y toda la informacion presentada es correcta y verdadera. Me comprometo a dar a la Oficina de Colecciones del Condado de Brazoria toda la informacion necesaria para verificar las declaraciones hechas en esta aplicacion. Tambien doy permiso a la Oficina de Colecciones del Condado de Brazoria para contactar a mi empleador, proveedores de beneficios y a los acreedores para verificar la informacion que asido proporcionada. Entiendo que esta aplicacion sera considerada sin respeto a raza, color, religion, credo, nacionalidad o creencias politicas.

Applicant's Signature/Firma de Apicante

Date/Fecha

OFFICE USE ONLY/SOLO PARA USO DE OFCINA)

First Reference Verified _____ Second Reference Verified _____

___ Retained Attorney ___ Appointed Attorney ___ Pro Se ___ Standard Plan

___ Court Ordered Plan \$ _____ per month ___ Other _____

Down Payment ___ Yes ___ No If yes: Amount \$ _____ due _____ Method _____

This application and contact Information has been reviewed and verified by collection staff.

By _____, Deputy

Date: _____