



PILOT POINT MUNICIPAL COURT
 102 E. Main Street, Pilot Point, Texas 76258
 Telephone: 940-686-4707; Fax: 940-686-4338
 www.cityofpilotpoint.org

APPLICATION FOR PAYMENT PLAN

IT IS A STATE JAIL FELONY TO MAKE A FALSE STATEMENT ON THIS DOCUMENT

***for persons at least age of 17 years of age at time of offense / not eligible if a Minor for Alcohol or Tobacco**

=====

NAME DATE CITATION NO.

ADDRESS CITY STATE ZIP

PHONE / CELL NUMBER E-MAIL ADDRESS

=====

****please check one**

I would like to make my payments:

WEEKLY, TO START BI-WEEKLY, TO START

SEMI-MONTHLY, TO START MONTHLY, TO START

I CAN PAY \$ ON EACH DUE DATE.

(I understand that if any portion of the fine and costs is paid on or after the 31st day after the date of the judgment, that I shall be required to pay an additional \$25.00 for all offenses occurring prior to January 1, 2020 and \$15.00 for all offenses occurring on January 1, 2020 or after, pursuant to Art. 102.030 Code of Criminal Procedure) .

=====

****By signing this form in the space provided below I hereby swear and affirm that the information in this form is true and correct to the best of my knowledge.**

****By signing below, I request that the Court grant my request for a payment plan for the citation listed above.**

****I also understand that I am required to notify the court of any changes in my address or phone number.**

Declaration:

"My name is my date of birth is

(First) (Middle) (Last)

My address is

(Street) (City) (State) (Zip Code) (Country)

and I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct."

Executed in County, State of , on the day of , .

(Month) (Year)

Received by: _____

Date Filed: _____

Defendant's Information Updated: _____



SOLICITUD DE PLAN DE PAGOS

ES UNA DELITO ESTATAL HACER UNA DECLARACIÓN FALSA SOBRE ESTE DOCUMENTO

*****Para personas de al menos 17 años de edad en el momento de la ofensa / no es elegible si es menor de edad para Alcohol o Tabaco****

=====

Nombre		Fecha	No. de Multa

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

Telefono / Número de celular		Correo Electrónico	
=====			

****por favor marque uno**

Me gustaria hacer mis pagos:

Semanal, Comenzar _____ Bi-semanal, Comenzar _____

Semi-mensual, Comenzar _____ Mensual, Comenzar _____

Puedo pagar \$ _____ En cada fecha de vencimiento.

(Entiendo que cualquier parte de la multa y los costos que se paguen a más tardar el día 31 o después de la fecha de la sentencia, se me exigirá que pague \$25.00 adicionales por todas las ofensas cometidas antes del 1ro de Enero, 2020 y \$15.00 por todas las ofensas ocurridas el 1ro de Enero o despues conforme al Art. 102.030 del código de proceso penal.)

****Al firmar este formulario en el espacio provisto a continuación, juro y afirmo que la información en este formulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.**

****Al firmar a continuación, solicito que el Tribunal otorgue mi solicitud de un plan de pago para la citación mencionada anteriormente.**

****También entiendo que estoy obligado a notificar al tribunal sobre cualquier cambio en mi dirección o número de teléfono.**

Declaración:

“Mi nombre es _____ mi
 (Nombre) (Segundo) (Apellido)

fecha de nacimiento es _____, y mi direccion es

_____, _____, _____, _____.

(Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

y _____ Declaro bajo pena de perjurio de

EE.UU. (País)

que lo anterior es cierto y correcto.

Executado en el Condado _____, Estado de _____, en el _____ día de _____, _____

(Mes) (Año)