Nota

Este formulario con traducciones en Español no es oficial. Ha sido creado como material de referencia por el Programa de Orientación Legal de la Corte de Inmigración. Por favor solamente envie formularios oficiales en inglés a la corte.

Note

This Spanish interlinear translation of court forms is not official. It has been created for references purposes only by EOIR's Legal Orientation Program. Please only submit official English forms to court.

U.S. Department of Justice
Executive Office for Immigration Review
Board of Immigration Appeals

Departamento de Justicia de EE.UU.
Oficina Ejecutiva para Revisión de Inmigración
Junta de Apelaciones de Inmigración

OMB# 1125-0003

Fee Waiver Request
Solicitud para exención de pago

Name:
Nombre:

Alien Number ("A" Number):
Número de identidad de extranjero (Número de extranjero):

If more than one alien is included in your appeal or motion, only the lead alien need file this form. This form is to be signed by the alien, not the alien's attorney or representative of record.

En caso de incluir más de un extranjero en su apelación o pedimento, solamente el extranjero principal debe presentar este formulario. Este formulario debe ser firmado por el extranjero, no por el abogado ni representante del caso del extranjero.

I, _____, declare under penalty of perjury, pursuant to 28 U.S.C. section 1746, that I am the person above and that I am unable to pay the fee. I believe that my appeal/motion is valid, and I declare that the following information is true and correct to the best of my knowledge:

Yo, _____, declaro bajo pena de perjurio, de conformidad con el Artículo 28 del U.S.C., sección 1746, que soy la persona antes descrita y que no tengo la capacidad de pagar la cuota. Es mi opinión que mi apelación/pedimento es válido, y declaro que la siguiente información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender:

no oficial - no para corte

Assets
Bienes

Wages, Salary *$* _____ */month*
Sueldo, Salario $ _____ /mes

Other Income _____ */month*
(business, professional services, self-employed/independent contracting, rental payments, etc.)
Otros ingresos _____ /mes
(negocio, servicios profesionales, trabajador independiente/contratista independiente, pagos de alquiler, etc.)

Cash _____
Efectivo _____

Checking and/or Savings _____
Cheque y/o Ahorros _____

Property _____
(real estate, automobile(s), stocks, bonds, etc.)
Propiedad _____
(bienes raíces, automóvil(es), acciones, bonos, etc.)

Other Financial Support _____ */month*
(public assistance, alimony, child support, gift, parent, spouse, other family members, etc.)
Otro apoyo financiero _____ /mes
(asistencia pública, pensión alimenticia, manutención, obsequio, padres, cónyuge, otros familiares, etc.)

Expenses (including dependents)
Gastos (incluyendo dependientes)

Housing *$* _____ */month*
(rent, mortgage, etc.)
Vivienda $ _____ /mes
(alquiler, hipoteca, etc.)

Food _____ */month*
Alimentos _____ /mes

Medical/Health _____ */month*
Médico/Salud _____ /mes

Utilities *$* _____ */month*
(phone, electric, gas, water, etc.)
Servicios públicos $ _____ /mes
(teléfono, electricidad, gas, agua, etc.)

Transportation _____ */month*
Transportación _____ /mes

Debts, Liabilities _____ */month*
Deudas, Obligaciones _____ /mes

Other _____ *$* _____ */month*
Otros _____ $ _____ /mes

Under the Paperwork Reduction Act, a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. We try to create forms and instructions that are accurate, can be easily understood, and which impose the least possible burden on you to provide us with information. The estimated average time to complete this form is one (1) hour. If you have comments regarding the accuracy of this estimate, or suggestions for making this form simpler, you can write to the Executive Office for Immigration Review, Office of the General Counsel, 5107 Leesburg Pike, Suite 2600, Falls Church, Virginia 22041.

Bajo la Ley de Reducción de Trámites, una persona no está obligada a responder a una recopilación de información salvo que contenga un número de control OMB válido. Nos esforzamos por crear formularios e instrucciones que sean fáciles de comprender, y que impongan la menor carga posible sobre usted para proporcionarnos información. El tiempo promedio estimado para completar este formulario es una (1) hora. En caso de tener comentarios relativos a la precisión de este estimado, o sugerencias para hacer este formulario más simple, puede escribir a Executive Office for Immigration Review, Office of the General Counsel 5107 Leesburg Pike, Suite 2600, Falls Church, Virginia 22041.

_____
Signature of Alien
Firma del extranjero

_____
Date
Fecha

no oficial - no para corte

Privacy Act Notice

Aviso de la Ley de Privacidad

The information on this form is requested to determine if you have established eligibility for the fee waiver you are seeking. The legal right to ask for this information is located at 8 C.F.R. § 1003.8(a)(3). EOIR may provide this information to other Government agencies. Failure to provide this information may result in denial of your request.

La información en este formulario es solicitada a fin de determinar si reúne los requisitos para la exención de pago que está solicitando. El derecho legal para solicitar esta información se encuentra en el Artículo 8 del C.F.R. Sección 1003.8(a)(3). Es posible que la Oficina Ejecutiva para Revisión de Inmigración (EOIR, por sus siglas en inglés) proporcione esta información a otros organismos gubernamentales. No proporcionar esta información puede resultar en la denegación de su petición.

no oficial - no para corte