



611 BLUFF STREET
WICHITA FALLS, TEXAS 76301
(940) 761-7880 WWW.WICHITAFALLSTX.GOV

Payment Plan Application (Programa de Pago)

If you are not paying in full:

(Si usted no puede pagar el total):

All information must be current, accurate and true. Please fill in all blanks. If the information being asked does not apply to you, enter N/A in the blank. Blank answers will delay the processing of your application.

(Toda la informacion debe ser lo mas reciente y correcta . Si deja algo en blanco esto demorará el procesamiento de su aplicación. Si la informacion no le aplica a usted por favor ponga N/A en el espacio apropiado.)

Defendant's Personal Information (La Información Personal Del Demandado)

Name _____ Date of Birth ____/____/_____
Nombre First (Primer) Middle (Segundo) Last (Apellido) (Fecha de Nacimiento)

Address _____
Direccion City (Ciudad) State (Estado) Zip Code (Codigo Postal)

Phone Numbers _____
Telefono Residence (Residencia) Cell (Celular) Email

Driver's License Identification
State and # _____ OR Card State and # _____
(Número de Licencia de conducir) (tarjeta de identificación)

Employment Information (Información de Empleo)

Name of Employer (Nombre de Negocio/Compañía): _____

Address (Direccion): _____

Phone Number (Numero de telefono): _____

Circle how you are paid (weekly, biweekly, monthly, etc.) \$ _____
Circule como reside pago (semanal, cada dos semanas, mensual, etc.)

Two Personal References Dos Referencias Personales

Name (Nombre)	Address (Direccion)	Phone Number (Telefono)
1.		
2.		

Defendants Signature: _____ Date: _____ Staff Initials _____
Firma del Demandado Fecha: