

Fecha De Inicio: \_\_\_\_\_

**HARRISON COUNTY CONTRATO DE PLAN DE PAGO**

JUSTICE OF THE PEACE, PCT 4  
200 WEST HOUSTON ST, RM 125  
MARSHALL, TX 75670  
903-923-4011  
FAX 903-927-1826

Nombre: \_\_\_\_\_

DOCKET# \_\_\_\_\_

DOCKET# \_\_\_\_\_

DOCKET# \_\_\_\_\_

DOCKET# \_\_\_\_\_

\_\_\_ Me Declaro CULPABLE

\_\_\_ No Me OPONGO

YO ESTOY DE ACUERDO EN PAGAR \$ \_\_\_\_\_ HOY Y EL SALDO RESTANTE EN LO SIGUIENTE

PROGRAMAR PAGOS NO MENOS DE \$ \_\_\_\_\_ MES/SEMANAL HASTA QUE SE PAGUE EL RESTO DE

LA MULTA

**DESPUES DE 30 DIAS UN CARGO DE \$15.00 SERA AGREGADO UNA VES A CADA CARGO**

**PORFAVOR LEA Y PONGA SUS INICIALES CADA UNO DE LOS SIGUIENTES:**

\_\_\_\_\_ ENTIENDO LOS TERMINOS DEL PLAN DE PAGOS DE LO ANTERIOR

\_\_\_\_\_ YO ENTIENDO QUE SI NO PUEDO ENTREGAR UN PAGO PROGRAMADO, **DEBO COMUNICARME CON ESTA OFICINA DE INMEDIATO AL 903-923-4011 PARA SABER LAS OPCIONES.**

\_\_\_\_\_ YO TAMBIEN ENTIENDO QUE EN FALLAR EN PAGAR UN PAGO PROGRAMADO O FALLO EN PAGAR UN PAGO COMPLETO PUDIERA RESULTAR EN NO PODER RENOVAR MI LICENCIA DE CONDUCIR, LA IMPOSICIÓN DE HONORARIOS ADICIONALES Y LA EMISIÓN DE **UNA ORDEN DE ARRESTO EN MI CONTRA**

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**\*\*NUMERO TELEFONICO:** \_\_\_\_\_

