Snohomish County District Court

SOLICITUD PARA PLAN DE PAGOS POR PLAZOS

Signal Credit Management Services

(253) 620-2239 OR (800) 874-1958

☐ Cascade Division	☐ Everett Division	☐ Evergreen Division	☐ South Division
415 E Burke	3000 Rockefeller M/S 508	14414-179th Ave SE	20520-68th Ave W
Arlington, WA 98223	Everett, WA 98201	Monroe, WA 98272	Lynnwood, WA 98036
(360) 435-7714	(425) 388-3593	(360) 805-6784	(425) 744-6824

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

Nombre:_____
(Apellido) (Primer Nombre) (Primera inicial de su segundo numbre) (Apodo)

Domicilio: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Dirección Postal (si es diferente a su domicilio): _____

Teléfono de su hogar: (____)_____ Teléfono de su trabajo: (____)_____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐

Número de Licencia de Conducción:_____ Número de Seguro Social: _____

Lugar de Empleo o Nombre de Empreza: _____

Dirección Postal del Lugar de Empleo:_____

Su Oficio:_____ Ingreso Líquido: _____

Miembro de su familia más cercano (pariente): _____ Relación: _____

Dirección postal del pariente: _____ Teléfono: (___)_____

Nombre de un contacto personal: _____ Teléfono: (___)_____

Dirección postal de su contacto personal: _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Nombre:_____
(Apellido) (Primer Nombre) (Primera inicial de su segundo numbre) (Apodo)

Dirección Postal (si es diferente a su domicilio): _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Teléfono: (___)_____

Lugar de Empleo o Nombre de Empreza: _____

Dirección Postal del Lugar de Empleo:_____

Oficio de su cónyuge: _____ Ingreso Líquido: _____

SNOHOMISH COUNTY DISTRICT COURT

CONTRATO DE PLAN DE PAGOS POR PLAZOS

Fecha de Vencimiento:_____
(Fechada Por La Corte)

Nombre: _____Número De Caso(s): * _____

Multa/Sanción/Costos . . . . . $ _____
Cuota por establecer la cuenta . . . . . $ 15.00
Saldo pendiente (cantidad total) . . . . . $ _____
Cantidad mímina del pago mensual (10% del saldo pendiente o
$25.00, cual cantidad sea mayor) . . . . . $ _____

** Costos adicionales serán añadidos cada mes a la cantidad principal de la manera siguiente:

A. Signal Credit requiere el pago de la cuota de $15.00 y el primer pago mensual antes que se le permita entrar en este acuerdo.

B. Si la cuenta se mantiene "al día" (es decir que usted ha hecho los pagos como usted ha prometido) el costo mensual será de $4.75 por cada caso: o $8.25 pos casos múltiples.

C. Si la cuenta se encuentra atrazada, (es decir que usted no ha hecho los pagos como prometió) el costo mensual aumentará a $7.75 por cada caso o $11.25 por casos múltiples cada mes subsequentemente.

Sería ventajoso para usted pagar una cantidad mayor a la cantidad mínima cada mes y/o saldar su cuenta temprano. Un pago adicional o un pago mayor que la obligación mínima no cambiará el pago del mes siguiente.

TODOS LOS PAGOS SE VENCEN EL DÍA 15 DE CADA MES SEGUIDO EL MES DE MATRICULACIÓN. Favor de incluir el número de su caso con cada pago.

FAVOR DE ENVIAR SUS PAGOS A LA DIRECCIÓN SIGUIENTE:

SIGNAL CREDIT
MANAGEMENT SERVICES
P.O. BOX 1849
GIG HARBOR, WA 98335

SI USTED FALLA EN SUS PAGOS A SIGNAL CREDIT Y/O FALLA EN INFORMARNOS DE INFORMACIÓN PERSONAL NUEVA (DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO) OCURRIRA LO SIGUIENTE:

El saldo pendiente (cantidad total de su cuenta) se vencerá inmediatamente. La Corte podrá re-imponer porciones de su multa/sanción/costos que fueron suspendidas. Impondrá costos adicionales conforme a RCW 3.02.045, y referirá la cuenta a una agencia de cobros. Si esto es una infracción de tráfico, la Corte impondrá una cuota de $52.00 por falta de pago y notificará al Departamento de Licencias (Department of Licensing) y su licencia de manejar podrá ser suspendida hasta que todas las cantidades se salden. Si este es un caso criminal, la Corte podrá expedir una orden de arresto por desacato al tribunal y podrá imponer una multa o costo por tal falta.

Firma: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____