

APACHE JUNCTION MUNICIPAL COURT
300 E SUPERSTITION BLVD APACHE JUNCTION, AZ 85119
PHONE: (480)982-8250 FAX: (480)982-4496 EMAIL: 1149@courts.az.gov

Civil Traffic Responsible Plea & Payment Plan Request
(Solicitud de Petición de Pago y Declaración de Responsabilidad de Tránsito Civil)

This document must be received by the court no later than the court date listed on your ticket or you next court date if you have been given an extension.

(Este document debe ser recibido por la corte a más tardar en la fecha de audiencia que figura en su multa o en su próxima fecha de audiencia si se le ha otorgado una extensión).

Citation / Complaint Number *(Número de Infracción o Queja)*

Name *(Nombre)*

Mailing Address *(Dirección de Correo)*

City *(Ciudad)*, State *(Estado)*

Zip Code *(Código Postal)*

Email *(Correo Electrónico)*

Telephone *(Teléfono)*:

By entering a responsible plea, I am waiving my right to a hearing and attend defensive driving school. I understand, the Court will impose the sanction for each violation and will impose any statutory or local fees to your case.

(Al presentar una declaración de culpabilidad responsable, estoy renunciando a mi derecho a una audiencia y a asistir a la escuela de manejo defensiva. Entiendo que el Tribunal impondrá la sanción por cada violación e impondrá las tarifas legales o locales a su caso).

1. Please select the letter for the violation the code(s) that you are electing to plead responsible to:

(Seleccione la letra de la violación, de los códigos de los que elige declararse responsable):

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E

2. Write in the statute/code section and description for each letter you selected above.

(Escriba la sección de estatutos/códigos y la descripción de cada letra que seleccionó anteriormente).

☐ By checking this box, I acknowledge that I have reviewed the "Civil Traffic" webpage and understand my options.

(Al marcar esta casilla, reconozco que he revisado la página web de "Tráfico Civil" y entiendo mis opciones).

☐ By checking this box, I acknowledge that payment in full will place an undue economic burden and request a payment plan. Pursuant to A.R.S. 12-116 a mandated \$20.00 time payment fee will be added to your case.

(Al marcar esta casilla, reconozco que el pago total impondrá una carga económica indebida y una solicitud de plan de pago. De conformidad con A.R.S. 12-116, se agregará una tarifa de pago por tiempo obligatorio de \$20.00 a su caso).

If you checked the box above requesting a payment plan, please indicate: (1) your preference of due date, and (2) a reasonable monthly payment amount. The monthly payment amount is subject to approval.

(Si marcó la casilla anterior solicitando un plan de pago, indique: (1) su preferencia de fecha de vencimiento, y (2) un monto de pago mensual razonable. El monto de pago mensual está sujeto a aprobación).

Due Date (*Fecha de vencimiento*): _____

Monthly payment amount (*Monto de pago mensual*) : \$ _____

You will receive a response by email (regular mail if no email address provided) within five business days from the date received. It is your responsibility to contact the court if you do not receive a response. Please contact the Court at (480)982-8250, if you have any questions. Hours of Operation: Monday through Thursday 7:30 a.m. to 5:30 p.m.

(Recibirá una respuesta por correo electrónico (correo ordinario si no se proporciona una dirección de correo electrónico) dentro de los cinco días hábiles a partir de la fecha de recepción. Es su responsabilidad comunicarse con la corte si no recibe una respuesta. Comuníquese con el Tribunal al (480)982-8250 si tiene alguna pregunta. Horario de atención: lunes a jueves de 7:30 a.m. a 5:30 p.m.

Created 01-24-2024/ec/ra