

伊利諾州 巡迴法院 _____ 縣	法院費用豁免命令	僅供法院使用 僅供參考 請勿提交給法院
說明 ▼ 在上方填寫案例提交所在縣名。	_____ 原告/申請人 (名、中間名、姓) 訴 _____ 被告/被起訴人 (名、中間名、姓)	_____ 案例號碼
填寫作為原告/申請人提起訴訟人士的姓名。		
填寫作為被告/被上訴人被起訴人士的姓名。		
填寫巡迴法院書記官指定的案例號碼，如果您沒有案例號碼，請勿填寫本欄。		

填寫您作為「申請人」的全名。

申請人姓名： **僅供參考**

 名 中間名 姓

請勿勾選本表中的任何其他方框或填寫任何其他空白欄。法官將裁定是批准還是拒絕您的法院費用豁免申請，並填寫本表的剩餘部分。

已經審核法院費用豁免申請的法院在此認定：

- 因為以下原因 (勾選一項) · 申請人**有資格**獲得費用豁免：
 - 申請人在以下一項或多項計劃中接受資助：補助社會安全收入 (SSI) ；年長者、盲人和殘障人士資助 (AABD) ；貧困家庭臨時資助 (TANF) ；糧食券 (SNAP) ；一般資助；過渡資助；或州立兒童與家庭資助；或
 - 申請人家庭收入在美國衛生與公眾服務部規定的當前貧困線 125% 或以下；或
 - 支付費用、開支和收費會導致申請人或其家庭遭遇重大困難。
- 因為以下原因 (必須說明具體原因) · 申請人**不符合**獲得費用豁免的**資格**：

特此命令：

- 批准**法院費用豁免申請 (Application for Waiver of Court Fees) 。申請人參加本案例無需支付費用、開支或收費，其中包括：提交文件、程序服務、出版、調解、法定監護人或735 ILCS 5/ 5-105(a)(1) 中所列的任何其他法院命令的費用。
- 拒絕**法院費用豁免申請，並且：
 - 申請人必須在以下日期之前支付所有相關的費用、開支或收費：_____ 或
日期
 - 申請人必須按照以下方法支付所有相關的費用、開支或收費 (描述付款計劃) ：

請勿填寫本欄。法官將在此簽名和填寫日期。

命令下達人和日期：

 法官 日期