|  |  |
| --- | --- |
| **Court**  District  County  ***Tribunal de:*** *Distrito Condado*  Colorado County:  *Condado de , Colorado*  Court Address:  *Dirección del tribunal:* | COURT USE ONLY*USO EXCLUSIVO DEL TRIBUNAL* |
| Petitioner/Plaintiff:  *Demandante:*  &  *y*  Respondent/Defendant:  *Demandado:* |
| My Name:  *Nombre:*  Address:  *Dirección:*  Phone Fax:  *Teléfono Fax:*  Email: Atty. Reg. #:  *Correo electrónico:* *Núm. de* matr. prof.: | Case Number:  *Número de causa:*  Division:  *División:*  Courtroom:  *Sala:* |
| **Affidavit of Relinquishment of Firearms and/or Ammunition**  (Civil Permanent Protection Order)  ***Declaración jurada de cesión de armas de fuego o municiones***  *(Orden de protección civil permanente)* | |

By law, this form must be filed with the Court **within seven (7) business days** after the Court issues an order to relinquish firearms and/or ammunition pursuant to C.R.S. § 13-14-105.5(5)(b).

*Por ley, este formulario se debe presentar ante el tribunal en un plazo* ***de siete (7) días hábiles*** *después de que éste emita una orden de cesión de armas de fuego o municiones de conformidad con el artículo* *13-14-105.5(5)(b) de las Leyes Vigentes de Colorado.*

I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declare under oath as follows:

*Yo, declaro bajo juramento lo siguiente:*

1. By checking this box, I am acknowledging I **did not** possess a firearm at the time the order to relinquish firearms was issued.

*Al seleccionar esta casilla, reconozco que* ***no*** *poseía un arma de fuego en el momento en que se emitió la orden de cesión de las armas de fuego.*

1. By checking this box, I am acknowledging I possessed a firearm at the time of the qualifying incident giving rise to the duty to relinquish the firearm, but sold or transferred the firearm to a private party prior to the Court’s order to relinquish firearms.

*Al seleccionar esta casilla, reconozco que poseía un arma de fuego en el momento del incidente que dio lugar a la obligación de ceder el arma de fuego, pero que vendí o transferí el arma de fuego a un particular antes de que el juez ordenara la cesión de las armas de fuego.*

You must acquire a written receipt *and* signed declaration that complies with C.R.S. § 13-14-105.5(8)(a)(I) and file it along with this affidavit **within seven (7) business days** of the Court’s order to relinquish firearms and/or ammunition.

*Debe obtener un recibo por escrito y una declaración firmada que cumpla con el artículo 13-14-105.5(8)(a)(I) y presentarlo junto con esta declaración jurada dentro de los* ***siete (7) días hábiles*** *siguientes a que el juez ordene la cesión de armas de fuego o municiones.*

1. By checking this box, I am acknowledging that there is/are \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (number of) firearm(s) in my immediate possession or control or subject to my immediate possession or control.

*Al seleccionar esta casilla, reconozco que hay \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (número de) armas de fuego en mi posesión o control inmediatos o sujetas a mi posesión o control inmediatos.*

1. The **make**, **model**, and **location** of each firearm is as follows:

*La* ***marca****, el* ***modelo*** *y la* ***ubicación*** *de cada arma de fuego se indica a continuación:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MAKE**  ***MARCA*** | **MODEL**  ***MODELO*** | **LOCATION:**  ***UBICACIÓN:*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. If the above firearm(s) remain in your immediate possession or control, provide the reason below: *Si las armas de fuego mencionadas anteriormente permanecen en su posesión o control inmediato, indique el motivo a continuación:*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

By checking this box, I am acknowledging I am filling in the blanks and not changing anything else on the form.

*Al seleccionar esta casilla, reconozco que completé los espacios en blanco y que no hice ningún cambio en el formulario.*

By checking this box, I am acknowledging that I have made a change to the original content of this form.

*Al seleccionar esta casilla, reconozco que hice un cambio al contenido original de este formulario.*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Verified Signature**

***Firma verificada***

I declare under penalty of perjury under the law of Colorado that the foregoing is true and correct. *Declaro bajo pena de perjurio según la ley de Colorado, que lo anterior es verdadero y correcto.*

Executed on the \_\_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_, at

*(date) (month) (year)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(city or other location, and state OR country)

*Celebrado el de , en*

*(día) (mes) (año)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(ciudad u otro lugar y estado O país)*

Print Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Nombre en letra de molde*

Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Firma:*

Attorney Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Firma del abogado:* *(If any) (date)*

*(si corresponde) (fecha)*