

**Auditor and Controller
Office of Revenue and Recovery
Estado Financiero**

INFORMACION PERSONAL						
Apellido		Primer nombre		Inicial	No. de cuenta	
Alias(es) – Otros nombres usados		Raza/ Etnicidad	Lenguaje primario		Genero	
No. de Seguro Social		Fecha de Nacimiento	No. de Licencia de Manejo	Estado	No. de Tarjeta de Inmigracion	
Direccion			Ciudad		Estado	Codigo Postal
No. de Telefono		No. de Telefono Celular		Consentimiento de Texto. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	No. de Telefono de Empleo	
Correo Electronico			Desempleado Si <input type="checkbox"/>	Consentimiento para Correos Electronicos? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Empleador			Oficio			Tiempo Completo/Tiempo Parcial/Temporal
Direccion de Empleo			Ciudad		Estado	Codigo Postal
INFORMACION FAMILIAR						
Nombre de Esposo(a) - Apellido		Primer nombre			Inicial	Numero de dependientes viviendo con usted:
INGRESOS Y BIENES						
Pago neto mensual \$		Cantidad de Ingresos Adicionales \$	Fuente de Ingresos Adicionales	Nombre de Banco		
Dinero en efectivo \$		Saldo de la cuenta de ahorros \$	Saldo de la cuenta de cheques \$	No. de cuenta Bancaria		
Ingresos de desempleo \$	Ingresos de Seguro Social \$		Ingresos de Seguro Social Por Incapacidad \$		Jubilacion/ Pension \$	
BENEFICIOS PUBLICOS						
Cupones de Alimentos (CalFresh) \$		Asistencia Monetaria (CalWORKs) \$		Alivio General \$		
GASTOS MENSUALES BASICOS						
Renta/ Hipoteca \$		Telefono/ Telefono de celular \$		Pago de automovil \$		
Utilidades (Gas, Agua, Electricidad) \$		Guarderia de hijo(a) \$		Seguro de automovil \$		
Comida/ Articulos para hogar/ Cuidado personal \$		Manutencion de hijo(a)/ Esposo(a) \$		Gasolina de automovil \$		
Ropa \$		Medico/ Dental \$		Transportacion publica \$		
Cable TV/ Internet/ Servicios de Transmision \$		Tarjeta(s) de credito \$		Otros gastos mensuales \$		
				Total de gastos mensuales \$		
CONSENTIMIENTO Y CERTIFICACION						
<p>Este estado financiero sera usado para actualizar su cuenta y determinar suabilidad de pagar su obligacion debida a el Condado de San Diego. Yo por el presente autorizo a la Oficina de Revenue and Recovery y su oficial debidamente designado para contactarme y recibir informacion de empleo y/o financial de mi empleador, banco, y/o acreedores. Yo expreso consentimiento a recibir llamadas, incluyendo automarcacion, pregrabada, y llamadas de texto por todos asuntos relacionados con el negocio, de ORR y/o sus agentes a cualquier numero telefonico que yo e previsto o pueda proveer en el futuro, incluyendo numeros de telefono celular.</p> <p><i>Yo certifico que la informacion arriva es correcta y doy permiso que la Oficina de Revenue & Recovery pueda auditoriar mi cuenta con el intento de satisfacer cualquier derecho de retencion y juicio contra mi.</i></p>						
DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LA DECLARACION ANTERIOR ES VERDADERA A MI LEAL SABER Y ENTENDER.						
Firma				Fecha		