

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 Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> para Correos Electronicos?			
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 \$			
				<b>Total de gastos mensuales \$</b>			
CONSENTIMIENTO Y CERTIFICACION							
Este estado financiero sera usado para actualizar su cuenta y determinar su habilidad 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 financiero 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.							
<i>Yo certifico que la informacion arriba es correcta y doy permiso que la Oficina de Revenue &amp; Recovery pueda auditar mi cuenta con el intento de satisfacer cualquier derecho de retencion y juicio contra mi.</i>							
<b>DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LA DECLARACION ANTERIOR ES VERDADERA A MI LEAL SABER Y ENTENDER.</b>							
Firma					Fecha		