

PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE DEUDA DE CHILD SUPPORT

Qué necesita para solicitar

Reduzca o elimine la deuda mediante un pago parcial de la deuda. Haga una oferta razonable.

Proporcione copias de los siguientes documentos. No envíe las originales.

La información proporcionada está sujeta a verificación.



- Solicitud del programa de reducción de deuda**

- Dependientes:** liste los nombres y la fecha de nacimiento de cada hijo biológico o legalmente adoptado que viva con usted.

INGRESOS



- Empleado:** Últimos tres (3) talones de sueldo

- Discapacidad:** Prueba de discapacidad, desempleo, compensación del trabajador, jubilación, etc.

- Prueba de beneficios o solicitud de la SSA Prueba de beneficios de VA



- Asistencia pública:** Carta de aprobación vigente
 - CalWorks Ayuda General

- Desempleado:** Proporcionar prueba de beneficios del desempleo o carta de negación O carta del programa o persona apoyándolo (si no es elegible para los beneficios de desempleo)

- Trabajador independiente:** Proporcione su estado de pérdidas y ganancias

- Declaraciones de impuestos:** Declaración del año pasado, incluyendo los formularios W-2,1099 Y todas otras formas de declaración

- Si todavía no la ha presentado, proporcione copias de la declaración del año fiscal anterior

- Prueba de otros ingresos:** Herencias, acuerdos, cuentas fiduciarias, manutención conyugal y ganancias de lotería

BIENES: ¿Tiene o es propietario de lo siguiente?



- Vehículos de su propiedad, arrendados, financiados o co-firmados

- Últimos estados de cuenta de préstamos para automóviles



- Cualquier propiedad personal valorada en \$ 3,500 + (joyas, artículos de colección, etc.)**

- Acciones/Bonos**

- Viviendas/Terrenos/Inmuebles:**

- El último estado de cuenta y evaluación hipotecarios de la oficina del asesor



- Cuentas bancarias**

- Estados de cuenta de los últimos tres (3) meses, incluidas las cuentas conjuntas y las cuentas propiedad de su cónyuge

- ¿No tienes cuentas bancarias? Una declaración escrita sobre cómo cobra cheques o paga facturas

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE DEUDA DE CHILD SUPPORT

¿Cuál es el monto de su oferta? \$

Pago de suma global

Plan de pago mensual

Cuéntenos sobre usted

Apellido:	Nombre:
Domicilio:	SSN o ITIN:
Ciudad/Estado/Código postal:	Fecha de nacimiento:
Email:	Teléfono:

¿Cuál es su situación laboral?

¿Estás trabajando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SI USTED ES AUTÓNOMO, PASE A LA SECCIÓN DE AUTOEMPLEO	Fecha en que dejó de trabajar:
Nombre del empleador (<i>actual o más reciente</i>):	
Dirección del empleado:	
Tu posición:	Tarifa de pago (<i>por hora</i>): \$
Fecha de inicio:	Fecha de finalización:

¿Cuándo presentó la última declaración de impuestos?

¿Cuál era su estado civil?

Año de la última declaración de impuestos:	
¿Cuál es su estado civil para efectos de la declaración de impuestos?	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Jefe de hogar <input type="checkbox"/> Casado, presentando conjuntamente <input type="checkbox"/> Casado, presentando por separado

¿Cómo se mantiene? (enumere todos los ingresos ANTES DE IMPUESTOS O DEDUCCIONES)

¿Recibe usted alguno de los siguientes tipos de ingresos?	Cantidad mensual
Salario/Salarios (<i>de cualquier tipo de trabajo</i>):	\$
Comisión/Bonificaciones:	\$
¿Trabaja horas extras?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$
Beneficios de desempleado:	\$
Beneficios de compensación laboral	\$
Discapacidad: <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Discapacidad VA <input type="checkbox"/> Discapacidad estatal <input type="checkbox"/> Seguro privado	\$
Jubilación del Seguro Social (<i>no por discapacidad</i>):	\$
Ingresos en efectivo:	\$

Otros tipos de ingresos: (*proporcione el monto promedio mensual que recibe para todos los que correspondan*)

Pensión (fondos de jubilación): \$	Alquiler: \$
Manutención conyugal: <input type="checkbox"/> este matrimonio <input type="checkbox"/> otro matrimonio	\$ Intereses/Dividendos: \$

Ingresos del fideicomiso (*proporcione el nombre del fideicomiso*)

Monto de fideicomiso mensual: \$	Otro: \$
----------------------------------	----------

¿Tiene algún otro tipo de ingreso? Sí No

Tipo de ingreso:	Cantidad mensual: \$
------------------	----------------------

¿Tiene alguna de las siguientes deducciones/gastos? Sí No

Child support que pago por otros hijos	\$
Manutención del cónyuge que pago por un cónyuge anterior	\$

¿Es trabajador independiente?

Nombre del negocio:	Porcentaje de propiedad:
Servicios prestados:	Cantidad de empleados:
Ingresos del negocio:	Valor del negocio: \$

¿Tienes un vehículo? (enumere todos los vehículos que posee)

¿Hay vehículos registrados a su nombre? Sí No

Año	Hacer	Modelo	Millaje	Valor Estimado	Cantidad adeudada	¿Es este su vehículo primario?
				\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Tiene una cuenta bancaria? (enumerar todas las cuentas bancarias)

¿Está su nombre en alguna cuenta bancaria? Sí No

Banco	Tipo de cuenta (Corriente o de Ahorro)	Cantidad
		\$
		\$
		\$

¿Tiene una casa o un terreno? (enumere todas las propiedades que posee/copropiedad)

¿Está listado como propietario de alguna casa, terreno o propiedad comercial? Sí No

¿Es aquí donde vive ahora?	TIPO (terreno/residencial)	Porcentaje de propiedad	Domicilio	Valor Tasado	Cantidad Adeudada
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$

¿Tiene algo que valga \$3500 o más? (que aún no ha sido listado)

¿Tiene pertenencias o artículos que valgan más de \$3500? Sí No

Joyería Monedas Electrónica Pólizas de seguro de vida Colecciones (sellos, muñecos, cómics, etc.)

Valor estimado: \$

¿Tiene gastos extraordinarios?

¿Tiene gastos médicos extraordinarios? (En caso afirmativo, proporcione una explicación por escrito) Sí No

¿Tuvo pérdidas importantes que no fueron cubiertas por el seguro? (En caso afirmativo, proporcione una explicación por escrito) Sí No

¿Quién vive en la casa con usted?

Las siguientes personas viven conmigo:

Nombre	Años	Relación con usted

IMPRIMIR NOMBRE

FIRMA

FECHA