



NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 CASO DE PROBATORIA #/CASO DE LA CORTE # \_\_\_\_\_  
 FECHA DE AUDIENCIA: \_\_\_\_\_

**COUNTY OF SAN LUIS OBISPO  
 PROBATION DEPARTMENT**

**DECLARACIÓN FINANCIERA  
 AVISO A TODAS LAS PERSONAS**

Se le aconseja consultar el Código Penal de California, otras Leyes de California, o su propio abogado sobre la información específica en la imposición de multas, los honorarios, la restitución a las víctimas, y su responsabilidad de cumplir las obligaciones financieras ordenadas por la corte. Si tiene alguna pregunta y no puede contratar un abogado, puede consultar la oficina de asistencia legal, una oficina de servicios legales, o servicios de referencia de abogados en su condado (listado en las Páginas Amarillas bajo "Attorneys").

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA DECLARACIÓN FINANCIERA**

Por favor complete todas las secciones en todas las páginas de esta forma. Es su responsabilidad proporcionar información financiera completa y verificable. Es muy importante que se tome el tiempo para indicar toda información financiera solicitada. Esta información se utilizará para determinar su obligación de reembolsar al Condado de San Luis Obispo por los gastos, permitidos bajo la ley, incluyendo, pero no limitado a las multas, honorarios y restitución a las víctimas. Toda la información se utilizará para ayudar en la colección de dichos costos y gastos.

Cualquier información que usted provea necesitará estar justificada con documentación sustentadora que demuestre la certeza y la validez de la información que usted ha proporcionado. La documentación aceptable incluye, pero no se limita a: talón de cheque de pago, estados bancarios, declaraciones de renta, facturas, estados de cuenta de tarjetas de crédito, libros de pago de préstamo de auto, etc. Toda información financiera sometida sin documentación sustentadora podría ser no considerada.

Por favor asegúrese de incluir en esta Declaración Financiera, copias (no originales) de toda la información sustentadora.

Si usted no provee toda la información requerida, puede ser responsable por cualquier y todo los costos y gastos contraídos por el Condado de San Luis Obispo que sean asociado de este asunto.

Cerciórese de que su firma, y la firma de su esposo o de su co-declarante (si se aplica), aparece donde se le indicó y requirió en esta Declaración Financiera. Las Declaraciones Financieras sin firmar y/o incompletas, no serán aceptadas.

Por favor provea su Declaración Financiera firmada y completa con todos los documentos sustentadores dentro de 7 días. Envíela a:

San Luis Obispo County  
 Probation Department – Financial Declaration Division  
 County Government Center  
 San Luis Obispo, CA 93408

Si su Declaración Financiera completa no se recibe dentro de 7 días, se entiende que usted proporcionará la representación legal para el menor de edad a su propio costo.

La Unidad de Evaluación Financiera revisará la Declaración completa y la documentación sustentadora y los resultados de esta revisión serán comunicados a usted y al Oficial de Probatoria de la Corte.

Preguntas con respecto a esta Declaración Financiera se pueden hacer durante su entrevista con el Oficial de Probatoria asignado. La Unidad de Evaluación Financiera no puede aceptar llamadas telefónicas para contestar preguntas con respecto a como llenar esta Declaración, ni tampoco podemos ofrecer ningún asesoramiento legal. Usted puede tener derecho a una audiencia si no está de acuerdo con la decisión. Consulte por favor con su abogado, su contador, u otro profesional privado calificado de su elección para espuestas, consejos o guía.

Si usted está recibiendo asistencia bajo uno o más de los siguientes programas:

- **SSI y SSP** (Indica los Programas Suplementarios de Pagos)
- **CalWORKS** (Acta de Oportunidad y Responsabilidad al Empleo, implementando TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, antiguamente AFDC (Programa de Ayuda a Familias con niños Dependientes)
- **Programa de Estampillas para Comida**
- **County Relief, General Relief (G.R.),** or General Assistance (G.A.)

Usted podría calificar para Medi-Cal\*-vea la parte de atrás para más información.

Si usted está en proceso de elegibilidad para la exoneración o la reducción de honorarios y costos porque usted recibe ayuda financiera bajo uno o más de éstos programa, debe proporcionar la documentación que confirma que usted recibe estos beneficios de una agencia de ayuda estatal o alguno de los documentos siguientes.

PROGRAMA	VERIFICACION
SSI/SSP	Tarjeta de Medi-Cal, o Notas Médicas de la Acción Planeada, o Impresión Computarizada de SSI o Estado bancario que muestra el Depósito de SSI, o "Pasaporte a Servicios"
CalWORKs/TANF (Antiguamente conocido como AFDC)	Tarjeta de Medi-Cal Notificación de Acción, o Verificación de Formas de Elegibilidad o de Ingresos, o La Forma de Reporte Mensual, o Tarjeta Electrónica de Transferencia de Beneficios, o "Pasaporte a Servicios"
Programa de Estampillas para Comida	Notificación de Acción, o Tarjeta de Identificación para Estampillas de Comida, o "Pasaporte a Servicios"
General Relief/General Assistance	Notificación de Acción, o Copia de Talón de Cheques, o Comprobante del Condado

Si usted declara que no recibe ingresos, se le puede requerir que llene, bajo pena de perjurio, una declaración escrita por separado a ese efecto,. Las personas detenidas en prisión o la cárcel pueden ser requeridas a pagar a la cantidad completa de honorarios y/o costos.

Adjuntar Aquí  
Talones de Cheque y Otra Información  
Here

**Advertencia:** Usted debe archivar inmediatamente otra Declaración Financiera si su condición financiera mejora durante el término de su probatoria. Usted puede ser ordenado a aparecer en corte y dar respuesta acerca de su habilidad para pagar por gastos y/o costos.

## DECLARACIÓN DE PROBATORIA

Nombre:	Nombre y Número del Caso:
Esposo/a:	Teléfono Residencial: (    )
Dirección Residencial:	Ciudad:                      Estado:      Zonal Postal:
Empleador:	Teléfono del Empleador: (    )
Dirección del Empleador:	Ciudad:                      Estado:      Zonal Postal:
Empleador del Esposo(a):	Teléfono del Empleador del Esposo(a): (    )
Dirección del Empleador del Esposo(a):	Ciudad:                      Estado:      Zonal Postal:
Número de Seguro Social	Día de nacimiento:      /      /
Número de Seguro Social del Esposo(a):	Día de nacimiento del Esposo(a):      /      /

Por favor, liste todas las personas que usted sostiene, y/o vive con, ya sea su esposo(a), niños, amigos o parientes. Por favor firme y ponga la fecha en el renglón de abajo.

Nombre	Día de Nacimiento	Edad	# Seguro Social	Parentesco con usted	Dirección de estas personas
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Por favor incluya páginas adicionales para agregar más personas si necesario.

<b>Ingresos</b>	<b>Cantidad mensual</b>	<b>Ingresos</b>	<b>Cantidad mensual</b>
Ingreso Bruto de Empleo del Solicitante	\$	Ingreso Bruto de Empleo del Esposo/a	\$
Otros Ingresos	\$	Otros Ingresos	\$
Desempleo	\$	Desempleo	\$
Pagos por Incapacidad	\$	Pagos por Incapacidad	\$
Pensión	\$	Pensión	\$
Seguro Social	\$	Seguro Social	\$
Ingresos por Rentas	\$	Ingresos por Rentas	\$
Pensión para Niños	\$	Pensión para Niños	\$
Asistencia Financiera Publica	\$	Asistencia Financiera Publica	\$
Otro Ingreso	\$	Otro Ingreso	\$
	\$		\$
<b>Ingreso Bruto Total:</b> (Antes de impuestos y deducciones)	<b>\$</b>	<b>Ingreso Bruto Total:</b> (Antes de impuestos y deducciones)	<b>\$</b>
<b>Ingreso Total Neto:</b> (Despues de impuestos y deducciones)	<b>\$</b>	<b>Ingreso Total Neto:</b> (Despues de impuestos y deducciones)	<b>\$</b>

Yo/nosotros, por la presente juramos y afirmamos, bajo la pena del perjurio, que esta Declaración es una declaración completa y exacta de mis ingresos, y es una lista completa y exacta con las personsas en familia y con quien vivo y/o afectan financieramente el ingreso familiar y que no tengo ningún otro ingreso adicional.

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Nombre de Esposo(a)** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

## USTED PUDE CALIFICAR POR:

### Medi-Cal\*

Este programa proporciona cobertura de cuidados de salud gratis o bajo costo a los que califican. Para una aplicación o para determinar la elegibilidad llame o visite una de las Oficinas del Departamento de Servicios Sociales cerca de usted.

<b>SLO County Department of Social Services</b>		<b>Página de Internet: <a href="http://www.slodss.org">http://www.slodss.org</a></b>	
Dirección	Teléfono	Dirección	Teléfono
3433 S. Higuera St San Luis Obispo, CA 93403	(805) 781-1600	530 12 <sup>th</sup> St Paso Robles, CA 93406	(805) 237-3110
9415 El Camino Real Atascadero, CA 93422	(805) 461-6000	1086 Grand Ave Arroyo Grande, CA 93420	(805) 474-2000
671 W. Tefft St Nipomo, CA 93444	(805) 931-1800		

\*Toda persona tiene derecho a aplicar por Medi-Cal; Incluso si usted está trabajando, es dueño de una casa o esta casado, puede que usted sea elegible para Medi-Cal. Puesto que son muchos los factores, es importante que las personas que necesitan asistencia contacten al Departamento de Servicios Sociales y hablen con un Especialista de Recurso del Empleo.

### Servicios de Salud Gratis y Bajo Costo

Cuidados médicos para adultos de bajos ingresos y para niños através de las clínicas, manejo de casos, referencia y educación. Para asistencia, información y para la determinación de elegibilidad contacte la Oficina principal del Departamento de Salud Pública.

<b>SLO Public Health Department</b>		<b>Página de Internet: <a href="http://www.slopublichealth.org">http://www.slopublichealth.org</a></b>	
Dirección:		Teléfono:	
2191 Johnson Avenue San Luis Obispo, CA 93401		(805) 781-5500	

### Healthy Families **Página de Internet: <http://www.healthyfamilies.ca.gov>** **1-800-880-5305**

Cobertura de bajo costo para niños y jóvenes que no califican para Médi-Cal gratis. Llame al número arriba mencionado para recibir información acerca de los diferentes planes de salud que se ofrecen.

### Hotline **Página de Internet: <http://www.slohotline.org>** **(805) 549-8989 800-549-8989 (Número gratis en San Luis Obispo County)**

Línea telefónica confidencial para la comunidad con una variedad de recursos, servicios, apoyo personal, además de intervención en momentos de crisis.

### CaliforniaKids Healthcare Foundation **Página de Internet: <http://www.californiakids.org>** **(818) 755-9700**

5200 Lankershim Boulevard, Suite 360  
North Hollywood, CA 91601

Proporciona beneficios económicos, preventivos y primarios de asistencia de salud a niños de familias que no califican para ningún programa estatal para cuidado de salud. Para información acerca de este programa, servicios o proveedores por favor llame o escriba a la dirección antes mencionada.

### Economic Opportunity Commission **Página de Internet: <http://www.eocslo.org>** **(805) 544-4355**

1030 Southwood Drive  
San Luis Obispo, CA 93401

Proporcionan Servicios de Salud y de Familia, además de Servicios a los Desamparados y a aquellos menos afortunados en el Condado de San Luis Obispo y sus alrededores.

**\*Cualquiera pregunta con respecto al Médi-Cal o cualquier otro programa que pudiera servirle, debe ser discutido con un representante del Departamento Servicios Sociales del Condado de San Luis Obispo al 805-781-1600.**

**POR FAVOR FIRME DONDE SE LE HA REQUERIDO EN ESTA DECLARACIÓN**  
**Declaraciones suministradas sin las firmas requeridas podrán ser desatendida.**  
Devuelva la Delaración completada, firmada y la documentación sustentadora a:

**San Luis Obispo County**  
**Probation Department - Financial Declaration Division**  
**County Government Center**  
**San Luis Obispo, CA 93408**