

OFICINA DEL SHERIFF DEL CONDADO DE DANE

Programa Extracárcel Solicitud de anulación/reducción de cuotas

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre completo:		Fecha:	
Domicilio:			
Fecha de nacimiento:	Teléfono: (casa) (trabajo) (celular)		
Número de Seguro Social:	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro		
En mi casa vivimos yo y _____ otros.			
Nombre completo: _____	Parentesco: _____	Fecha de nacimiento: _____	
Nombre completo: _____	Parentesco: _____	Fecha de nacimiento: _____	
Nombre completo: _____	Parentesco: _____	Fecha de nacimiento: _____	
Nombre completo: _____	Parentesco: _____	Fecha de nacimiento: _____	
Nombre completo: _____	Parentesco: _____	Fecha de nacimiento: _____	

INFORMACIÓN LABORAL

Empleador:	Teléfono:
Dirección:	
Supervisor directo:	Teléfono:
Ingresos de su trabajo: Razón de pago: _____ Horas por semana: _____ Ingresos semanales: _____	

INGRESOS SUPLEMENTARIOS

Recibo por mes un total de \$ _____ en pagos de:			
<input type="checkbox"/> Jubilación	<input type="checkbox"/> Seguro Social	<input type="checkbox"/> Pagos por desempleo	<input type="checkbox"/> Manutención infantil
<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Préstmos/becas estudiantiles	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> Otro

OTROS INGRESOS DE LA CASA

Los demás miembros de mi casa tienen un total de ingresos de \$ _____		
<input type="checkbox"/> Pagos de trabajo	<input type="checkbox"/> Seguro Social	<input type="checkbox"/> Ayuda económico del gobierno
<input type="checkbox"/> Jubilación	<input type="checkbox"/> Préstmos/becas estudiantiles	<input type="checkbox"/> Pagos por desempleo
<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Cupones para alimentos	<input type="checkbox"/> Ingreso Seguro Suplemental
<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Manutención infantil	<input type="checkbox"/> Manutención alimenticia

INFORMACIÓN FINANCIERA

BIENES:

Favor de proporcionar información respecto a los siguientes bienes si los tiene:

Cuenta de cheques: Nombre del Banco: _____ Balance: _____

Cuenta de ahorro: Nombre del Banco: _____ Balance: _____

MIS PROPIEDADES: (valor actual)

Casa/Terreno: _____ Propiedad de alquiler: _____

Vehículos/Motocicletas (año, marca, clase): _____

Vehículos de recreo (barcos, cámperes, motonieves): _____

Tengo las siguientes deudas:

Hipoteca/Renta	\$ _____	Manutención infantil	\$ _____
Préstamo de vehículo	\$ _____	Restitución	\$ _____
Tarjeta de crédito	\$ _____	Pención alimenticia	\$ _____
Gastos médicos	\$ _____	Impuestos	\$ _____
Otro _____	\$ _____	Otro _____	\$ _____

SOLICITUD DE INDIGENCIA

Yo declaro que debido a la pobreza, no puedo pagar las cuotas para el Programa Extracárcel, y pido una anulación/reducción de las cuotas. Le proporcionaré toda la documentación necesaria para sustentar mi solicitud de reducción/anulación de cuotas.

- Actualmente recibo:
- Ayuda federal para vivienda W2 Asistencia médica
 - En mi casa un menor recibe el beneficio del programa federal de desayuno o almuerzo.
 - La representación legal de un programa de servicio legal civil o un programa de abogados voluntarios para personas indigentes.
Nombre del programa: _____
 - Otra ayuda pública _____
- No recibo ayuda pública actualmente, pero existen otras condiciones que me causarían una extrema dificultad si me llegan a cobrar las cuotas del Programa Extracárcel.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Yo certifico que las declaraciones de la presente son correctas y entiendo que cualquier falsificación podría resultar en la denegación de mi solitud. También autorizo a la Oficina del Sheriff a hacer cualquier contacto o investigación que se considere necesaria para confirmar la información de arriba. Adicionalmente autorizo la divulgación a la Oficina del Sheriff de todos mis historiales e información confidenciales que tengan relación con mi elegibilidad para el Programa. Esta autorización terminará en la fecha de mi puesta en libertad final o la de mi denegación del programa. La autorización se puede revocar en cualquier momento y vencerá automáticamente cuando yo sea puesto en libertad. Es la responsabilidad del internado proporcionar la documentación apropiada al solicitar una reducción/anulación de cuotas. El caso contrario podría resultar en la descalificación de su solicitud de una reducción/anulación de cuotas.

Firma:

Fecha: