

<b>CORTE SUPERIOR DE CALIFORNIA, CONDADO DE SANTA BARBARA</b>		PARA USO EXCLUSIVO DE LA CORTE
<input type="checkbox"/> Santa Barbara Division 118 East Figueroa St. Santa Barbara, CA 93101 (805) 568-3959	<input type="checkbox"/> Santa Maria Division 312 East Cook St. Bldg. E Santa Maria, CA 93454 (805) 346-7550	<input type="checkbox"/> Lompoc Division 115 Civic Center Plaza Lompoc, CA 93436 (805) 737-7789
DEMANDANTE: El Pueblo del Estado de California  DEMANDADO:		
		Fecha de nacimiento:
<b>DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA AMNISTÍA – 2015</b>		NÚMERO DE CASO:

Dirección actual: \_\_\_\_\_ Núm. del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Números de teléfono: Casa: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Número de licencia de manejar: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Quiero obtener (seleccione una o ambas opciones):**

- Reducción de fianzas/multas/cuotas impagas elegibles  
 Restablecimiento de la licencia de manejar

**Para poder obtener una reducción en mis fianzas/multas/cuotas impagas, declaro que todo lo siguiente es cierto:**

- No le debo restitución a una víctima en el condado donde ocurrió la multa/infraacción.  
 No hay delitos menores u órdenes de arresto por un delito grave en el condado donde ocurrió la multa/infraacción.  
 No hice pagos a la corte, al condado o una entidad de cobranza por la infraacción elegible después del 30 de septiembre de 2015.

**Para poder obtener el restablecimiento de mi licencia de manejar solamente, declaro que uno o ambos de los siguientes son ciertos:**

- He comparecido y cumplido con todas mis obligaciones ordenadas por la corte en este condado.  
 En la actualidad estoy haciendo pagos a la corte, el condado o una entidad de cobranzas por multas adeudadas después del 1 de enero de 2013.

**Al firmar a continuación, afirmo que comprendo cada uno de los siguientes:**

- Tengo que pagar ahora el saldo reducido por completo, o cumplir con los términos del plan de pagos aprobado por la corte.
- Puedo ser responsable por el pago de una **cuota de \$50 del programa de amnistía** para poder participar en el mismo.
- Si dejo de hacer los pagos de mi caso de amnistía, el saldo restante podrá ser remitido a la Junta de Impuestos Estatales o a un proveedor privado de cobranzas.
- Si se determina más adelante que mi caso es inelegible, puedo ser responsable por el pago del monto reajustado o el monto completo. (Ver la página 2 para obtener más detalles.)

**Llene la sección A o B, según corresponda:**

**A. Certifico que recibo la siguiente ayuda pública.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario/SSI                                       | <input type="checkbox"/> Programa de ayuda en efectivo para inmigrantes (CAPI)       |
| <input type="checkbox"/> Compensación del condado, compensación general (G.R.) o Ayuda general (G.A.) | <input type="checkbox"/> Servicio de Respaldo a Domicilio (IHSS)                     |
| <input type="checkbox"/> Pagos suplementarios del estado/SSP  | <input type="checkbox"/> Ayuda temporal tribal para familias necesitada (TANF)       |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs   | <input type="checkbox"/> CalFresh (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria) |
| <input type="checkbox"/> Medi-Cal   |  |

**B. Certifico lo siguiente:**

Los ingresos totales mensuales brutos de mi hogar son de \$\_\_\_\_\_ y viven en total \_\_\_\_ dependientes en el hogar.

**Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de California que lo anterior es verdadero y correcto, a mi mejor saber y entender. Comprendo que proporciono información incorrecta o inexacta, el monto de reducción de la deuda puede cambiar, y seré responsable por el pago del monto reajustado o el monto completo.**

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:**

***¿Es usted elegible para la reducción del 50% de la amnistía?***

Si, después de presentar su formulario, la corte/condado/entidad de cobranza descubre que usted no es elegible para la amnistía porque tienen una 1 o más órdenes de arresto pendientes o le debe restitución a una víctima en este condado, será notificado en un plazo de 5 días laborales de que se ha suspendido la consideración de su formulario. Tendrá entonces 20 días laborales más para presentar un comprobante escrito a la corte/condado/entidad de cobranza de que la(s) orden(es) de arresto pendiente(s) y/o los asuntos de restitución de víctima se han resuelto. En el día laboral número 21, o antes, si la información que proporciona no demuestra que usted es elegible para la amnistía, la corte/condado/entidad de cobranza cancelará retroactivamente el programa de amnistía, restaurará los montos reducidos ordenados por la corte previamente, y acreditará cualquier monto pagado al saldo revisado de su deuda. La corte/condado/entidad de cobranza le enviará un aviso de esta acción a la dirección indicada en este documento.

***¿Es usted elegible para la reducción del 80% de la amnistía?***

Si, después de presentar este formulario, la corte/condado/entidad de cobranza descubre que usted no es elegible para la reducción del 80% en su fianza/multas/cuotas porque no está recibiendo ayuda pública tal como declaró, o porque los ingresos de su hogar no son el 125 por ciento o menos de la tasa de pobreza federal, le notificarán en 5 días laborales que su descuento de amnistía será revisado. Tendrá entonces 20 días laborales para presentar un comprobante escrito a la corte/condado/entidad de cobranza de que usted recibe la ayuda pública indicada o que los ingresos de su hogar se encuentran en el 125 por ciento de la tasa de pobreza federal o menos. En el día laboral 21, o antes, si la información que proporcionó no demuestra que es elegible para el descuento del 80 por ciento, la corte/condado/entidad de cobranza determinará si corresponde reducir el descuento, en el caso de que sea elegible, al 50 por ciento del monto adeudado de la deuda ordenada por la corte, o si corresponde imponer el monto completo, tal como se describió anteriormente. Todo monto que haya pagado se acreditará al saldo restante de su deuda. La corte/condado/entidad de cobranza le enviará un aviso de esta acción a la dirección indicada en este documento.

---

**PARA USO DE LA CORTE SOLAMENTE (FOR USE BY COURT ONLY)**

Citation/Fine Due Date: \_\_\_\_\_

Total Outstanding Balance: \$ \_\_\_\_\_

Citation Number: \_\_\_\_\_

Amnesty Payment Due: \$ \_\_\_\_\_

The Superior Court of California, County of Santa Barbara (or designated agent) has verbally verified case eligibility for the amnesty program and has determined the following:

**Eligible for:**

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 50% Reduction                  | <input type="checkbox"/> Full Payment |
| <input type="checkbox"/> 80% Reduction                  | <input type="checkbox"/> Payment Plan |
| <input type="checkbox"/> Driver's License Reinstatement |                                       |

**Not Eligible for (check all that apply):**

- 50% Reduction
- 80% Reduction
- Driver's License Reinstatement

Certified by: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_