

Programa estatal de amnistía para multas de tráfico
1º de octubre del 2015 al 31 de marzo de 2017
Corte Superior de California, Condado de Sonoma
Formulario de Participación

Fecha: _____ Núm. de licencia de manejar: _____ Estado: _____

Nombre completo: _____ Email: _____

Dirección actual: _____

Teléfonos: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Deseo obtener (seleccione una o ambas opciones): Reducción de fianza, multa, y/o cuota impaga elegibles
 Restablecimiento de la licencia de manejar

Para poder obtener una reducción de mi fianza, multa, y/o cuota impaga, declaro que todo lo siguiente es cierto:

- No le debo restitución a una víctima en el condado donde ocurrió la multa/infraacción.
- No hay ningún delito menor en mi contra pendiente ni órdenes de arresto por un delito grave en el condado donde ocurrió la multa/infraacción.
- No he hecho ningún pago a la corte, al condado o una agencia de cobranza por la infraacción elegible después del 24 de junio 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.
- Soy persona de buen carácter y estoy haciendo pagos a un programa de cobranzas para las contravenciones elegibles.

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

- Tengo que pagar todo el saldo reducido ahora, o cumplir con los términos del plan de pagos aprobado.
- Seré 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 una tercera parte para fines de cobranza.
- Si más adelante se determina que mi caso no es elegible, puedo ser responsable por el pago del monto actualizado o el monto completo. (Ver el otro lado para obtener más detalles.)

Llene la sección A o B, según corresponda:

A. Certifico que recibo la siguiente ayuda pública (*marque todo lo que corresponda*):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario / SSI | <input type="checkbox"/> Programa de ayuda en efectivo para inmigrantes (CAPI) |
| <input type="checkbox"/> Ayuda del condado, Compensación general o Ayuda general | <input type="checkbox"/> Servicio de Apoyo en el Hogar (IHSS) |
| <input type="checkbox"/> Pagos suplementarios del estado / SSP | <input type="checkbox"/> Ayuda temporal para familias tribales necesitadas (TANF) |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs | <input type="checkbox"/> CalFresh (Programa de Ayuda 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 podrá cambiar, y seré responsable por el pago del monto actualizado o el monto completo.

Firma: _____

Fecha: _____

Programa estatal de amnistía para multas de tráfico
1º de octubre del 2015 al 31 de marzo de 2017
Corte Superior de California, Condado de Sonoma
Formulario de Participación

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:

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

Si, después de presentar su formulario, la corte/condado/entidad de cobranza descubre que usted no es elegible para la amnistía porque tienen 1 o más órdenes de arresto pendientes o debe restitución a una víctima en este condado, será notificado dentro de 10 días hábiles de que se ha suspendido la consideración de su formulario. Tendrá entonces 20 días hábiles más para presentar un comprobante escrito a la corte/condado/agencia 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/agencia 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/agencia de cobranza le enviará un aviso de esta acción a la dirección indicada en este documento.

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

Si después de presentar este formulario, la corte/condado/agencia 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 dentro de 10 días hábiles que su descuento de amnistía será revisado. Tendrá entonces 20 días hábiles para presentar un comprobante escrito a la corte/condado/agencia de cobranza de que usted recibe la ayuda pública indicada o que los ingresos de su hogar no son menores del 125 por ciento de la tasa de pobreza. Si al día laboral 21, la información que proporcionó no demuestra que es elegible para el descuento del 80 por ciento, la corte/condado/agencia 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/agencia de cobranza le enviará un aviso de esta acción a la dirección indicada en este documento.

SOLO PARA USO DEL PROGRAMA A CARGO DE ADMINISTRAR AMNISTÍA

(FOR USE ONLY BY ENTITY ADMINISTERING THE AMNESTY PROGRAM)

Citation due date: _____ Total outstanding balance: _____

Citation number: _____ Amnesty payment due: _____

The County of _____ OR the Superior Court of Sonoma County (or designated agent) has verbally verified case eligibility for the amnesty program and has determined the following:

Eligible for:

50% reduction _____

80% reduction _____

Driver's License Reinstatement _____

Full Payment _____

Payment Plan _____

• Initial Payment \$ _____

• Monthly Amount \$ _____

• Beg Date _____

Not eligible for (check all that apply):

50% reduction _____

80% reduction _____

Driver's License Reinstatement _____

Certified By: _____