

# PROGRAMA DE ASISTENCIA MONETARIA PARA INMIGRANTES (CAPI) PETICIÓN PARA UNA EXENCIÓN DE LA RECUPERACIÓN DE UN PAGO EXCESIVO - INGRESOS/GASTOS

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBIÓ EL PAGO EXCESIVO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
---------------------------------------------------	-------------------------

1. ¿Le prestó o regaló a alguien algún bien o dinero en efectivo después que recibió notificación del pago excesivo? ...  SÍ  NO  
Si la respuesta es "SÍ", ¿cuánto? \_\_\_\_\_

2. Anote a todas las personas que dependen de usted y que también viven con usted.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Cuánto dinero tiene disponible en cada uno de los siguientes? (Incluya cualquier cuenta en la que su nombre aparece, ya sea en los Estados Unidos o en otro país.)

DINERO EN EFECTIVO \$	CUENTA DE AHORROS \$	CUENTA DE CHEQUES \$	ACCIONES/BONOS \$
DINERO O FONDOS MUTUALISTAS \$	FONDOS EN FIDEICOMISO \$	TÍTULOS DE INVERSIÓN A PLAZO FIJO (CERTIFICATES OF DEPOSIT - CDs) \$	OTRO \$

4. ¿Es usted dueño de más de un vehículo motorizado? .....  SÍ  NO  
Si la respuesta es "SÍ", describa a continuación:

AÑO, MARCA/MODELO	VALOR ACTUAL	SALDO DEL PRÉSTAMO
-------------------	--------------	--------------------

5. ¿Es usted dueño de bienes raíces (edificios o terreno) aparte del lugar donde vive? .....  SÍ  NO  
Si la respuesta es "SÍ", describa a continuación:

VALOR ACTUAL \$	SALDO DEL PRÉSTAMO \$	¿COMO SE USA?
--------------------	--------------------------	---------------

6. Anote los ingresos <b>mensuales</b> que usted y su cónyuge reciben:	SUYOS	DE SU CÓNYUGE
Sueldo o ingresos ganados de un negocio propio (brutos)	\$	\$
Sueldo o ingresos ganados de un negocio propio (netos)	\$	\$
Beneficios del Seguro Social	\$	\$
Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI) u otra asistencia pública	\$	\$
Estampillas para comida (valor nominal completo)	\$	\$
Ingresos por alquiler	\$	\$
Mantenimiento de hijos/pensión por separación o divorcio	\$	\$
Otro	\$	\$
<b>Total de ingresos</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

7. Anote los <b>gastos mensuales del hogar</b>			
Alquiler o hipoteca	\$	Comida	\$
Servicios públicos y municipales (gas, electricidad, teléfono)	\$	Agua, alcantarillado, basura	\$
Ropa	\$	Seguro	\$
Gastos médicos (no cubiertos por el Programa de Asistencia Médica de California [Medi-Cal] u otro seguro)	\$	Carro u otro transporte	\$
Pagos de préstamos (cantidades mínimas)	\$	Mantenimiento para alguien que no esté en el hogar	\$
<b>Total de gastos</b>			<b>\$</b>

Declaro bajo pena de perjurio, de acuerdo a las leyes del Estado de California, que las respuestas que he dado son correctas y verdaderas, según mi leal saber y entender.

FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA
DOMICILIO	NÚMERO DE TELÉFONO
CIUDAD	ESTADO
	CÓDIGO POSTAL