



Office of the City Treasurer – Delinquent Accounts Program

APLICACIÓN para ARREGLO DE PAGOS

No. De Colección: _____

Fecha: _____

Información Personal – de USTED

Nombre Completo		Fecha de Nacimiento	No. de Seguro Social	
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal
No. de Teléfono de Hogar		No. de Teléfono Celular	¿Cuanto Tiempo Tiene en esta Dirección?	
Nombre de Empleo		No. Teléfono de Empleo	No. de Fax	Domicilio de Correo Electrónico de Empleo
Dirección de Empleo		Ciudad	Estado	Código Postal
¿Cuánto Tiempo Tiene en este Empleo?		Ocupación	Sueldo Mensual Antes de Impuestos	Días de Pago

Información Personal – de SU ESPOSO(A)

Nombre Completo		Fecha de Nacimiento	No. de Seguro Social	
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal
No. de Teléfono de Hogar		No. de Teléfono Celular	¿Cuanto Tiempo Tiene en esta Dirección?	
Nombre de Empleo		No. Teléfono de Empleo	No. de Fax	Domicilio de Correo Electrónico de Empleo
Dirección de Empleo		Ciudad	Estado	Código Postal
¿Cuánto Tiempo Tiene en este Empleo?		Ocupación	Sueldo Mensual Antes de Impuestos	Días de Pago

Otros Ingresos

<p>Describe el Origen de Cualesquiera Otros Ingresos que Usted o su Esposo(a) Reciba</p>
<p>Si Ustedes Tienen Dependientes, Escriba las Edades y la Relación</p>

Información de Renta o Hipoteca

Nombre del Dueño(a) o Acreedor de su Hipoteca	¿Es Usted Dueño(a) de su Propiedad o Esta Rentando?		
Dirección del Dueño(a) o Acreedor de su Hipoteca	Ciudad	Estado	Código Postal
No. De Teléfono	Cantidad de Renta o de Hipoteca		

Información de su Banco

Nombre y Dirección de su Banco	Tipo de Cuenta	No. de Cuenta	Saldo de su Cuenta
Nombre y Dirección de su Banco	Tipo de Cuenta	No. de Cuenta	Saldo de su Cuenta
Nombre y Dirección de su Banco	Tipo de Cuenta	No. de Cuenta	Saldo de su Cuenta

Información de un Contacto

Nombre de un amigo(a) o pariente que no vive con usted	No. de Teléfono	Relación
Dirección	Ciudad	Estado
		Código Postal

Obligaciones Mensuales	Saldo Pendiente	Pago Mensual
Renta o Hipoteca		
Comida		
Gastos de Transportación (<i>pagos de vehiculo, gasolina, aseguramiento, etc.</i>)		
Gastos Médicos (<i>doctor, dentista, hospital, etc.</i>)		
Servicios Públicos (<i>gas/electricidad, teléfono, cable, etc.</i>)		
Otra Obligación (<i>describa</i>):		
Otra Obligación (<i>describa</i>):		
Total	\$	\$

Describa el arreglo de pagos que está pidiendo:

Declaración

Yo comprendo que si mi petición para pagos es aprobada y hago mis pagos como acordado, mi cuenta(s) seguirá reportada al Estado de California, Franchise Tax Board para embargar cualesquier reembolso de impuestos del Estado o ganancias de lotería que yo vaya a recibir. Adicionalmente, yo comprendo que vehículos con infracciones de aparcamiento seguirán siendo elegibles para confiscar aunque estemos en un plan de pagos. Yo certifico que las declaraciones anteriores son correctas y la verdad a lo mejor de mi conocimiento.

Firma _____ **Fecha** _____

Regrese a: City of San Diego
P. O. Box 129039
San Diego, CA 92112

Dirección: Delinquent Accounts & Parking Administration Office
202 C Street, Plaza Hall
San Diego, CA 92101

Oficina: (619) 744-3100
Fax: (619) 533-3840

Horario: lunes – viernes 9:00 AM a 4:00 PM

Domicilio de Red Global Mundial (Web): www.sandiego.gov/treasurer/collections