**SOLICITUD DE REDUCCION/ELIMINACION DE PAGO BASADO EN LA CAPACIDAD DE PAGAR**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado: \_\_\_\_Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono Móvil#: \_\_\_\_\_\_\_Teléfono de casa#:\_\_\_\_\_\_\_

**La Reducción/Eliminación del Pago**- La mayoría de la gente califica para que el pago de $50 sea reducido a $25 o $0 basado en los ingresos y el estado de beneficios. La información personal se mantendrá confidencial y se utilizara únicamente para determinar la elegibilidad para la reducción/eliminación de tarifas. Sin esta información, se debe pagar $50 al momento de la inscripción.

Las Reducciones y Eliminaciones de tarifas están disponibles para los residentes del condado

que prestan servicios a la comunidad en el condado de Santa Cruz para cumplir con sus

obligaciones con los tribunales del condado de Santa Cruz y / o Probación.

1. **Marque la casilla de todos los programas de beneficios del gobierno en los que esta inscrito actualmente:**

 ☐SSI/SSDI ☐CalFresh ☐CalWorks ☐WIC ☐Medical/MediCare

 ☐Sección 8 Vivienda ☐Asistencia general

1. **Por favor, bríndenos información sobre su ingreso familiar mensual actual.**

 Su hogar incluye a todos los miembros de su familia que viven con usted por quienes es financieramente responsable, incluidos los niños a los que respalda que viven con usted durante la mitad del tiempo a través de un acuerdo de custodia conjunta.

 El ingreso mensual de su hogar incluye el ingreso total actual de salarios, beneficios, manutención de menores, inversiones y otro efectivo ganado.

#\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cantidad de personas en su hogar $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ingresos mensuales del hogar

***Su firma indica que nos esta brindando información precisa sobre su estado financiero.***

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

**Por favor devuelva este formulario a una de nuestras oficinas:**

Por correo electrónico a courtreferral@scvolunteercenter.org

Envié por correo o entregue en persona a : 1740 17th Avenue Santa Cruz, CA 95062

 10 Carr St. Watsonville, CA 95076

Al recibir una solicitud completa y firmada, nuestro personal le notificara si es elegible para una reducción del 50% de la tarifa o una eliminación total de la cuota. Este se basa completamente en la información que proporciona utilizando una guía de elegibilidad predeterminada.