

Número de Caso CSE:

Persona que recibe Child Support:

Persona que paga Child Support:

Número de Caso de la Corte:

Estimado/a

¿Necesita ayuda con su deuda de child support?

¡Es posible que sea elegible para reducir su deuda de child support!

El Programa de Compromiso de Deudas Atrasadas (COAP por sus siglas en inglés) es un programa de **reducción de deudas** diseñado para reducir el saldo de child support.

Solo necesita seguir tres pasos sencillos para aprovechar la oportunidad que le cambiará la vida:

1. Complete la solicitud adjunta de reducción de deudas de COAP.
2. Reúna y proporcione copias de sus ingresos, bienes y gastos mensuales.
3. Haga una oferta razonable de pago de deuda.

Una vez que complete el paquete de solicitud y lo presente ante su Agencia local de Child Support, el administrador de su caso de child support evaluará y verificará la información que usted proporcionó. Si su caso cumple con los requisitos del programa y se acepta la oferta de pago de la deuda, el administrador del caso lo llamará para completar el acuerdo y aceptar el pago. ¡No pierda la oportunidad de participar en este programa! ¡Complete el papeleo y contáctenos hoy!

Si usted tiene cualquier pregunta, por favor visite Customer Connect en internet, [www.childsupport.ca.gov/customer-connect](http://www.childsupport.ca.gov/customer-connect) para ayuda en-línea o llame a Customer Connect al (866) 901-3212. Las personas con impedimentos del habla o de la audición, por favor llamen al número TTY (866) 399-4096.

# COAP: LO QUE NECESITA PARA SOLICITAR REQUIERE PARA

Reduzca o elimine la deuda mediante un pago parcial de la deuda. Haga una oferta razonable.  
Proporcione copias de los siguientes documentos. No envíe copias originales.  
*La información proporcionada está sujeta a verificación.*



- Solicitud de reducción de deudas de COAP**
- Dependientes:** liste los nombres y la fecha de nacimiento de cada hijo biológico o legalmente adoptado que viva con usted.

## INGRESOS



- Empleado:** Últimos tres (3) talones de sueldo
- Discapacidad:** Prueba de discapacidad, desempleo, compensación del trabajador, jubilación, etc.
  - Prueba de beneficios o solicitud de la SSA
  - Prueba de beneficios de VA
- Asistencia pública:** Carta de aprobación vigente
  - CalWorks
  - Ayuda General
- Desempleado:** Proporcione una carta del programa o de la persona que lo mantiene
- Trabajador independiente:** Proporcione su estado de pérdidas y ganancias



- Declaraciones de impuestos:** Declaración del año pasado, incluyendo los formularios W-2, 1099 Y todas otras formas de declaración
  - Si todavía no la ha presentado, proporcione copias de la declaración del año fiscal anterior
- Prueba de otros ingresos:** Herencias, acuerdos, cuentas fiduciarias, manutención conyugal y ganancias de lotería

## BIENES: ¿Usted tiene o es dueño de lo siguiente?



- Vehículos que posee, renta o financia
  - Últimos estados de cuenta de préstamos de automóvil



- Cualquier propiedad personal valuado en \$2500 o más** (*herramientas, joyas, objetos de colección, etc.*)
- Acciones/Bonos**
- Viviendas/Terrenos/Inmuebles:**
  - El último estado de cuenta y evaluación hipotecarios de la oficina del asesor



- Cuentas bancarias**
  - Estados de cuenta de los últimos tres (3) meses, incluso de las cuentas conjuntas
  - ¿No tiene cuentas bancarias? Presente una declaración escrita en la que indique cómo cobra los cheques o paga las facturas

## GASTOS



- Renta:**
  - Recibos de los últimos tres (3) meses de renta
  - Carta del arrendador que indique el alquiler



- Servicios públicos:** (*solo gas, electricidad, agua y recolección de residuos*)
  - Estados de cuenta de los últimos tres (3) meses
  - Carta del arrendador con los costos de servicios públicos

# SOLICITUD DE REDUCCIÓN DE DEUDAS DE COAP

**¿Cuál es la cantidad de su oferta? \$**

Pago único

Plan de pago mensual

## Cuéntenos sobre usted

Apellido:	Nombre:
Domicilio:	SSN o ITIN:
Ciudad/Estado/Código postal:	Fecha de nacimiento:
Email:	Teléfono:

## ¿Cuál es su situación laboral?

<b>¿Tiene empleo?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <small>SI USTED TIENE SU PROPIO NEGOCIO, PASE A LA SECCIÓN DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE</small>	Fecha en la que perdió su empleo:
Nombre del empleador ( <i>actual o más reciente</i> ):	
Domicilio del empleador:	
Puesto que usted ocupa:	Pago ( <i>por hora</i> ): \$
Fecha de inicio:	Fecha de finalización:

## ¿Cuándo presentó la última declaración de impuestos?

## ¿Cuál era su estado civil?

<b>Último año en que presentó una declaración de impuestos:</b>	
<b>¿Cuál es su estado civil?</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Jefe de familia <input type="checkbox"/> Casado, presentación en conjunto <input type="checkbox"/> Casado; presentación por separado	

## ¿Cómo se mantiene usted mismo? (*liste todo tipo de ingresos aquí*)

Tipos de ingreso comunes:	Cantidad mensual
Salario/Sueldo bruto ( <i>antes de impuestos</i> ):	\$
Comisiones/Bonos:	\$
Horas extra: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$
Beneficios de desempleo:	\$
Beneficios de compensación del trabajador:	\$
Discapacidad: <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Beneficio estatal por discapacidad <input type="checkbox"/> Seguro privado	\$
Jubilación del Seguro Social ( <i>no discapacidad</i> ):	\$
Ingresos en efectivo:	\$

<b>¿Tiene algún otro tipo de ingreso?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Tipo de ingreso:	Cantidad mensual: \$

<b>Otros tipos de ingreso: (<i>indique todos los que correspondan</i>)</b>	
Pensión (fondos de jubilación):	Propiedad alquilada:
Manutención conyugal: <input type="checkbox"/> este matrimonio <input type="checkbox"/> otro matrimonio	Intereses/Dividendos:
Ingresos de fideicomiso:	Nombre del fideicomiso:
Cantidad mensual del fideicomiso:	Otro:

<b>¿Tiene alguno de los siguientes gastos o deducciones?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cuotas sindicales:	\$
Contribuciones de jubilación obligatorias:	\$
Primas de seguro médico, hospitalario, odontológico o de otro tipo:	\$
Child Support que pago por otros hijos:	\$
Manutención conyugal que pago por un cónyuge anterior	\$

## ¿Es trabajador independiente?

Nombre del negocio:	Porcentaje de propiedad:
Servicios prestados:	Cantidad de empleados:
Ingresos del negocio:	Valor del negocio: \$

**¿Es dueño de un vehículo? (liste todos los vehículos que sean suyos)**

¿Es dueño de un vehículo?  Sí  No

Año	Marca	Modelo	Millaje	Valor Estimado	Cantidad que debe	¿Es este su vehículo principal?
				\$	\$	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
				\$	\$	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
				\$	\$	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

**¿Tiene una cuenta bancaria? (liste todos los estados de cuentas bancarias)**

¿Tiene una cuenta bancaria?  Sí  No

Banco	Tipo (Cuenta de cheques/de ahorro)	Cantidad
		\$
		\$
		\$

**¿Es usted dueño de una casa o terreno? (liste todas las propiedades que tiene/co-propetario)**

¿Es dueño de una casa o terreno?  Sí  No

¿Es aquí donde vive ahora?	TIPO (residencial/tierra)	Porcentaje de propiedad	Domicilio	Valor Estimado	Cantidad que debe
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$

**¿Es dueño de algo que valga \$2500 o más? (que todavía no ha sido listado)**

¿Tiene usted algunos bienes que valen más de \$2,500?  Sí  No

Joyas  Monedas  Electrónica  Pólizas de Seguros de Vida  Colecciones (estampillas, muñecas, cómics, etc.)

Valor estimado: \$

**¿Cuáles son sus facturas/gastos básicos mensuales?**

Facturas	Costo	Facturas	Costo
Hipoteca/Renta	\$	Agua	\$
Electricidad y gas natural	\$	Basura	\$
Propano	\$	Cuidado de niños pequeños en la casa	\$

¿Alguien aporta para los gastos mensuales de la vivienda?  Sí  No

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Contribution: \$ \_\_\_\_\_

¿Tiene algún gasto extraordinario de salud? (Si la respuesta es "Sí", proporcione una explicación por escrito)  Sí  No

¿Tiene hijos menores o dependientes legales que viven en su hogar?  Sí  No

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con usted

¿Tuvo pérdidas importantes que no fueron cubiertas por el seguro?  Sí  No  
(Si la respuesta es "Sí", proporcione una explicación por escrito)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE IMPRESO

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA