

"Estimated payment plan"
 "Aproximado plan de pagos"

**COUNTY OF SAN MATEO
 REVENUE SERVICES
 Financial Statement**

Personal Information				
Name:			Case/Patient Number:	
Address:			City:	
State:	Zip Code:	Mobile Phone #:	Alternate Phone #:	
Social Security Number:		ID or Driver's License:	Date of Birth:	
Email Address:		Name of Relative:	Relative Phone #:	
Household				
Name of Spouse/Partner:			Number of Dependents Living With You:	
Employment				
Employer:				
Address:			City:	
State:	Zip:	Phone #:	Type of Job:	
Income and Expenses				
Net Household Monthly Income: \$		Other Income Source:		Other Income Amount: \$
Monthly Basic Expenses:				
Rent or Mortgage Payment:.....	\$ _____	Car Payment Gas, Car Insurance.....	\$ _____	
Food:.....	\$ _____	Cell Phone	\$ _____	
Utilities: (Gas, Electric, Water)	\$ _____	Cable.....	\$ _____	
Child Care/Support:.....	\$ _____			
Other Necessary Monthly Expenses:	\$ _____			
Total Monthly Expenses: \$			\$ _____	

This statement of financial circumstances will be used to determine your ability to pay all or a portion of your obligation owed. I certify under penalty of perjury under the laws of the State of California that the information given by me in this affidavit is true and correct, reflects my financial situation, and that I have no other income whatsoever. Further, Revenue Services has my express consent to, as needed, 1) verify the information furnished through credit bureaus, and contact and receive employment and/or financial information from my employer, and 2) contact me by manual, prerecorded or artificial voice messages, text messages, emails and/or automatic telephone dialing systems at the telephone number(s) and email address(es) provided or I may provide in the future (including cell phone numbers).

Signature: _____ **Date:** _____

*****Office Use Only*****

Fine Amt \$ _____	Adm Fee \$ _____	Total Amt \$ _____	Vict Rest \$ _____	Rest Fee \$ _____
Pplan Amt \$ _____	Beg Date _____	Prob Ends _____	PD Fee \$ _____	Consent Info Entered in Fiscal Field _____

Notes: _____

Mail payments to: Revenue Services, PO Box 2519, Redwood City, CA 94064
 Mail Private Defender proof to: Revenue Services, PO Box 2999, Redwood City, CA 94064

Pay Online at revenueservices.smcgov.org or call 1-877-496-0510

"Estimated payment plan"
"Aproximado plan de pagos"

**CONDADO DE SAN MATEO
REVENUE SERVICES
Estado financiero**

Información personal			
Nombre:		Número de caso/paciente:	
Dirección:		Ciudad:	
Estado:	Código postal:	Teléfono celular n.º:	Teléfono alternativo n.º:
Número de seguro social:		ID o licencia de conducir:	Fecha de nacimiento:
Correo electrónico:		Nombre de un familiar:	Teléfono alternativo n.º:
Hogar			
Nombre del cónyuge/pareja:		Número de dependientes que viven con usted:	
Empleo			
Empleador:			
Dirección:		Ciudad:	
Estado:	Código postal:	Teléfono n.º:	Tipo de trabajo:
Ingresos y gastos			
Ingreso neto mensual del hogar: \$	Otras fuentes de ingresos:		Otra cantidad de ingresos: \$
Gastos básicos mensuales:			
Pago de renta o hipoteca:.....	\$ _____	Cuota del auto, combustible, seguro.....	\$ _____
Comida:.....	\$ _____	Celular	\$ _____
Servicios: (gas, electricidad, agua)	\$ _____	Cable.....	\$ _____
Apoyo/atención al niño:.....	\$ _____		
Otros gastos mensuales necesarios:	\$ _____		
Gastos mensuales totales: \$			\$ _____

Esta declaración de estado financiero se utilizará para determinar su capacidad para pagar la totalidad o una parte de su deuda. Certifico bajo pena de perjurio según las leyes del Estado de California que la información que proporciono en esta declaración jurada es verdadera y correcta, refleja mi situación financiera y que no tengo ningún otro ingreso. Además, Revenue Services tiene mi consentimiento expreso para, según sea necesario: 1) verificar la información proporcionada a través de las agencias de crédito, y contactar y recibir de mi empleador información sobre mi empleo y/o situación financiera, y 2) contactarme por teléfono, mensajes de voz pregrabados o artificiales, mensajes de texto, correos electrónicos y/o sistemas automáticos de marcado telefónico llamando al/a los número(s) telefónico(s) y escribiendo a la(s) dirección(es) de correo electrónico proporcionados o que puedo proporcionar en el futuro (incluidos los números de teléfono celular).

Firma: _____ Fecha: _____

***** Uso exclusivo de la oficina *****

Multa \$ _____	Cuota \$ _____	Total \$ _____	Prov Rest \$ _____	Cuota rest \$ _____
Pplan \$ _____	Fecha inicio _____	Prob termina _____	DP costo \$ _____	Consent Info Entered in Fiscal Field _____

Observaciones:

Envíe los pagos por correo a: Revenue Services, PO Box 2519, Redwood, CA 94064
Envíe por correo la prueba del Defensor privado a: Revenue Services, PO Box 2999, Redwood, CA 94064

Pague en línea en revenueservices.smcgov.org o llame al 1-877-496-0510