



Condado de Santa Barbara

La Oficina del Defensor Publico

FRESH START INTAKE SHEET

Nombre completo: _____ Número de Seguro Social: _____

Otro nombre que puede estar en su registro: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número de licencia de conducir: _____

Idioma principal: Ingles Español Mictec Otro: _____

Teléfono celular: _____ ¿Está bien dejar un mensaje de voz?: si no

Número Alternativo: _____ ¿Está bien dejar un mensaje de voz?: si no

Correo electrónico: _____

Dirección de envió: _____

Método preferido de comunicación: Correo electrónico Teléfono Text

Esta en libertad provisional o libertad vigilada? si no no seguro ¿Donde?: _____

Propósito primario: Empleo El alojamiento Beneficios del gobierno Licencia
Otro: _____

Condenado en el condado de Santa Bárbara: si no ¿Donde?: _____

Número(s) de caso, si se conoce: _____

Mi condena fue: Delito mayor Delito menor No seguro

Libertad condicional concedida: si no

Libertad condicional completada sin infracciones: si no no seugro

Pague todas las multas/honorarios/restitución: si no no seguro

Si no está seguro, comuníquese con libertad condicional y los tribunales para averiguarse, consulte la hoja de información de expurgación para obtener información de contacto.

SANTA BARBARA
1100 ANACAPA STREET
SANTA BARBARA, CA 93101
P:(805) 568-3470 F:(805) 568-3564

SANTA MARIA
312-P EAST COOK STREET
SANTA MARIA, CA 93454
P:(805) 346-7500 F:(805) 614-6735

SANTA MARIA JUVENILE
4285 CALIFORNIA BLVD., SUITE C
SANTA MARIA, CA 93455
P:(805) 934-6944 F:(805) 934-6945

LOMPOC
115 CIVIC CENTER PLAZA
LOMPOC, CA 93436
P:(805) 737-7770 F:(805) 737-7881

Datos Demográficos

Por favor asegúrese de marcar una opción para la raza, identidad de género y pronombres de género

Raza: Indio americano o nativo de Alaska Negro o afroamericano Hawaiano nativo o isleño del Pacífico
Asiático Hispano/Latinx Blanco Medio Oriente/Africano del Norte
Raza diferente, favor de indicar: _____ Se niega a declarar

Identidad de género: Femenino Masculino Transgénero femenino Transgénero masculino No binario
Identidad diferente, favor de indicar : _____ Se niega a declarar

Pronombres de género: Ella/su El/su Ellos/Ellas, los/las, suyo
Diferentes pronombres, favor de indicar: _____ Se niega a declarar

Dependent Information

Estado civil: Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Uniones consensuales

Numero de dependientes: _____ **Relaciones y edades:** _____

Empleo

Empleo (trabajo por cuenta propia)

¿Nombre de su empleador?: _____
¿Dirección de su empleador?: _____
¿Periodo de tiempo en su empleo actual?: _____
¿Nombre de su Supervisor?: _____
Sueldo neto: \$ _____
Mensual Semanal Bisemanal Anualmente

Empleo (cónyuge/pareja)

¿Nombre de su empleador?: _____
¿Dirección de su empleador?: _____
¿Periodo de tiempo en su empleo actual?: _____
¿Nombre de su Supervisor?: _____
Sueldo neto: \$ _____
Mensual Semanal Bisemanal Anualmente

Gastos/Ingreso

Gastos mensuales (trabajo por cuenta propia y cónyuge/pareja)

Renta/Alquiler: \$ _____
Utilidades: \$ _____
Comida/Alimentos: \$ _____
Hipoteca: \$ _____
Manutención de menores: \$ _____
Prestamos de vehículo/pagos: \$ _____
Pago de seguro de automóvil: \$ _____
Pagos/gastos médicos: \$ _____
Multas/recargos: \$ _____
Otros gastos (describe a continuación):
Gasto: _____ \$ _____
Gasto: _____ \$ _____

Otros ingresos/bienes (trabajo por cuenta propia y cónyuge/pareja)

Manutención de menores: \$ _____
Beneficios de jubilación: \$ _____
Discapacidad: \$ _____
Pagos de la Segura Social: \$ _____
Bienestar: \$ _____
Prestaciones por desempleo: \$ _____
Propiedades: Sí No
Locación: _____ \$ _____
Cantidad en su cuenta de cheques: \$ _____
Cantidad en su cuenta de ahorros: \$ _____
Otros ahorros: \$ _____
Valor de otros bienes: \$ _____

Certifico bajo la penalización de perjurio bajo las leyes del estado de California que todo lo anterior es verdadero y correcto.

Fecha: _____ **Firma:** _____