

# LA OFICINA DEL SHERIFF DEL CONDADO DE DANE

## Solicitud para los Programas Extra-carcelarios

INFORMACIÓN PERSONAL			
Nombre completo:		Fecha:	
Domicilio:		Ciudad:	Estado:      Código postal:
Fecha de nacimiento:	Teléfono: (Casa)	(Celular)	(Correo electrónico)
¿Es usted el dueño de la casa?      ¿Está su nombre en el contrato de renta?      ¿Está trabajando actualmente?      ¿Es veterano de guerra? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombres completos de los adultos que viven/vivirán en su casa: (incluya los apellidos, primer nombre, inicial del segundo nombre y fecha de nacimiento)			
1.			
Apellidos	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento
2.			
Apellidos	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento
3.			
Apellidos	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento
4.			
Apellidos	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento

INFORMACIÓN DE TRABAJO		
Empleador:		Teléfono:
Dirección:		Supervisor Inmediato:
Horario de trabajo:	Hora de salida para el trabajo:	Hora de regreso:
Arreglos de transporte: (Incluya los nombres completos, modos de transporte)		Salario por hora:
1. _____ 2. _____		

INFORMACIÓN DE TRABAJO		
Empleador:		Teléfono:
Dirección:		Supervisor Inmediato:
Horario de trabajo:	Hora de salida para el trabajo:	Hora de regreso:
Arreglos de transporte: (Incluya los nombres completos, modos de transporte)		Salario por hora:
1. _____ 2. _____		

INFORMACIÓN DE ESTUDIOS (complete esta parte SOLO si está matriculado actualmente)	
Escuela:	Teléfono:
Dirección:	Persona de contacto:
Horario de clases:	
Arreglos de transporte: (Incluya el modo de transporte y tiempo de viaje)	

**INFORMACIÓN SOBRE TERAPIAS/TRATAMIENTOS**

¿Alguna vez ha recibido usted terapias por trastornos mentales o abuso de alcohol o drogas?

Sí  No

Si contestó que sí, por favor, explique:

¿Cuándo fue la última vez que usted tomó bebidas alcohólicas?

¿Con qué frecuencia toma?

¿Cuándo fue la última vez que usted consumió drogas ilegales?

¿Qué tipo? /¿Con qué frecuencia?

¿Requiere algún medicamento? (haga una lista)

Anote cualquier incapacidad, condición o trastorno médico que podría causarle problemas en el programa que usted está solicitando:

**INFORMACIÓN SOBRE TERAPIAS/TRATAMIENTOS  
(complete esta parte SOLO si está actualmente apuntado)**

¿Alguna vez ha asistido a tratamiento/terapias individuales o en grupo?

Sí  No

Si contestó que sí, por favor, ponga el tipo de tratamiento, agencia y persona de contacto:

Dirección:

Horario de clases:

Arreglos de transporte: (Incluya el modo de transporte y tiempo de viaje)

¿Cuándo fue la última vez que usted tomó bebidas alcohólicas?

¿Qué tipo? /¿Con qué frecuencia?

¿Cuándo fue la última vez que usted consumió drogas ilegales?

¿Qué tipo? /¿Con qué frecuencia?

Ponga todos los medicamentos que toma actualmente:

Anote cualquier incapacidad, problema/trastorno médico:

**INFORMACIÓN OBLIGATORIA**

¿Están dispuestos los adultos en su casa a firmar un acuerdo para colaborar con el programa?

Sí  No

¿Hay armas de fuego en su casa? (o cualquier aparato que dispara un proyectil)

Sí  No

Si respondió que Sí, ¿está usted dispuesto a retirarlos mientras participe en el Programa de Desviación de Cárcel?

Sí  No

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

Yo certifico que las presentes declaraciones son correctas y acepto que cualquier falsificación podría resultar en la denegación de mi solicitud. También doy mi consentimiento a la Oficina del Sheriff para que haga cualquier contacto o investigación que considere necesaria para confirmar la información de arriba incluso comunicarse con mi trabajo o escuela. Adicionalmente autorizo que divulguen todos mis archivos e información confidencial respecto a mi elegibilidad para este Programa a la Oficina del Sheriff. Esta autorización terminará en la fecha final de mi puesta en libertad o con la denegación a participar en el programa. La autorización se puede revocar en cualquier momento y vencerá automáticamente con mi puesta en libertad.

Firma:

Fecha:

**INDIGENCIA / REDUCCIÓN DE COSTOS**

Algunas personas pueden reunir los requisitos para una reducción de costos. Aquellas personas que soliciten una determinación de indigencia o una reducción de costos serán obligadas a proporcionar pruebas de su situación financiera. Si usted cree que reúne los requisitos, favor de pedirle el formulario de indigencia / reducción de costos al personal del Programa de Desviación de la Cárcel. Es la responsabilidad del reo el proporcionar la documentación necesaria y el no hacerlo podría resultar en la denegación de su solicitud para la reducción/ anulación de cuotas.

Comentarios adicionales: