

MARK J. BONINI  
Chief Probation Officer



DEBBIE SEGALE  
Chief Deputy Probation Officer

## CUSTODIA ALTERNATIVO: MONITOREO ELECTRONICO & REGLAS DEL PROGRAMA DE TRABAJO

1. Participantes en el programa de monitoreo electrónico también deben estar de acuerdo con y firmar el Monitoreo Electrónico términos y condiciones del Programa.
2. Pagado empleo, problemas de atención infantil, falta de transporte y el encarcelamiento no son excusas aceptables por no asistir a su programa de trabajo. Excusa válida solamente de él para no informar a su lugar de trabajo es una razón médica que debe proporcionar la documentación de su médico.
3. Sus circunstancias de vida serán considerados tanto como sea posibles con respecto a su fecha de finalización. Su fecha de finalización se determinará por el personal del Programa Condena Alternativa al momento de la suscripción. **NO SE DARA EXTENSIONES** en su fecha de terminación.
4. No llame a probación para una extensión en su fecha de finalización. Si no eres capaz de completar el programa por su fecha de finalización, se servirá el resto de su sentencia en la Cárcel del Condado de Amador.
5. Tratar su asignación como lo haría un trabajo real. Su supervisor de sitio volverá su tarjeta a probación por razones como error al informe, tardanzas, problemas de actitud o incumplimiento. Si esto ocurre, servirá el resto de su sentencia en la cárcel del Condado de Amador.
6. Debe llevar ropa adecuada al informar a la obra para el trabajo. Jeans o pantalones, camisas de cintura larga y zapatos tenis o botas son apropiados. No está permitido sandalias, tacones, faldas cortas, shorts o ropa reveladora. Tenga en cuenta que puede ser cuclillas, agacharse o levantar y puede ensuciarse.
7. Estar bajo la influencia de alcohol o de drogas ilegales (incluyendo marihuana) no está permitido antes o durante su asignación de trabajo. No se permite estar bajo la influencia de los medicamentos recetados que perjudica su capacidad para realizar trabajo. Incumplimiento resultará en que servir el resto de su sentencia en la Cárcel del Condado de Amador.
8. Un máximo de 45 días se puede completar el programa de trabajo. Un día de cárcel equivale a ocho horas de trabajo. Programa de trabajo no tiene derecho a realizar créditos. Se le pedirá a trabajar una cierta cantidad de días por semana basado en cuántos días deberá servir:

# de días contemplados	Número mínimo de días trabajarán por semana
1-12	1
13-30	2
31-45	3

\*\*\*\*\*  
"ESTOY DE ACUERDO CON LAS REGLAS MENCIONADAS ANTERIORMENTE. ENTIENDO QUE ESTOY SIRVIENDO UNA SENTENCIA EN LA CÁRCEL Y EL FRACASO EN CUALQUIER BASE RESULTARÁ EN LA ELIMINACIÓN DEL PROGRAMA Y MI REGRESO A LA CÁRCEL, AUNQUE DATAN DE ANTES DE MI DETENCIÓN PREVENTIVA".

Fecha

Firma

# CUESTIONARIO DEL PROGRAMA DE SENTENCIAS ALTERNATIVAS (ASP)

*Debe completar en su totalidad, firmar y poner la fecha en la parte inferior de la página.*

Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_  
N.º y nombre de la calle Ciudad Estado Código postal

¿Ha vivido en esta dirección por más de un año? \_\_\_\_\_  
 Si no es así, ¿en cuántas direcciones ha vivido en el último año? \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número alternativo: ( ) \_\_\_\_\_ N.º de Seguro Social \_\_\_\_\_

N.º de licencia de conducir \_\_\_\_\_

*Mencione TODOS los medicamentos que está tomando o ha tomado en los últimos 30 días y por qué condición médica.*

Nombre del medicamento	Por qué condición médica	Por receta o de venta libre		¿Lo está tomando actualmente?	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Médico de familia: \_\_\_\_\_ Mencione todas las condiciones médicas \_\_\_\_\_

Mencione todas las alergias. Incluya cualquier alergia a comidas o medicamentos: \_\_\_\_\_  
 O  No tengo alergias.

Mencione cualquier limitación física: \_\_\_\_\_

Mencione cualquier competencia especializada o fortaleza \_\_\_\_\_

Mencione cualquier otra información que usted crea que es necesario compartir y que puede afectar el Programa de sentencias alternativas: \_\_\_\_\_

Usted describiría su condición física como:  BUENA  REGULAR  MALA

Usted describiría su vista como:  BUENA  REGULAR  MALA

Usted describiría su audición como:  BUENA  REGULAR  MALA

¿Usa anteojos o lentes de contacto?  Sí  NO

¿Tiene problemas para seguir instrucciones?  Sí  NO

¿Tiene empleo?  Sí  NO

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_  Tiempo completo  Tiempo parcial

¿Duración del empleo? \_\_\_\_\_

¿Es estudiante? A  Sí  NO  Tiempo completo  Tiempo parcial

¿Está en libertad condicional o libertad bajo palabra?  Sí  NO

Qué condado \_\_\_\_\_ Nombre del director: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

**AVISO:** *Al momento de su cita, se le evaluará para saber si es elegible para el Programa de sentencias alternativas. Si llegara a ser elegible, es posible que se le permita completar su Sentencia alternativa ya sea en el Programa de trabajo o en el Programa de monitoreo electrónico. "Entiendo completamente que hacer declaraciones falsas relacionadas con cualquiera de los datos de arriba puede ser el fundamento para la denegación del programa. Cuando se inscribe en el Programa de sentencias alternativas, usted acepta que este formulario lo distribuya el Departamento de Libertad Condicional según sea necesario".*

FIRMA DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**DEPARTAMENTO DE LIBERTAD CONDICIONAL DEL CONDADO DE AMADOR  
ALTERNATIVE SENTENCING PROGRAM (ASP)**

675 New York Ranch Road, Jackson, CA 95642 Teléfono: 209-223-6387

Apellido _____		Primer nombre _____		Inicial del segundo nombre _____	
Teléfono: _____ / _____		_____ / _____		Alternativo: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensaje	
Casa		Celular			
Dirección postal (si es diferente a la dirección física) _____		Ciudad _____		Estado _____ Código postal _____	
Dirección física _____		Ciudad _____		Estado _____ Código postal _____	
Fecha de nacimiento: __/__/__		N.º de Seguro Social _____		N.º de Licencia de conducir _____	

**Fecha de la cita:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_

Regresar al Departamento de Libertad Condicional

Llamar a Oficial Weart al (209) 223-6706

DEBE PRESENTAR UNA CONSTANCIA DE EMPLEO EN SU CITA. ES POSIBLE QUE TAMBIÉN SE LE HAGA UNA PRUEBA DE DROGAS EN ESTE MOMENTO; SI ES EN LUGAR DE LA CÁRCEL.

**SI NO LLAMA NI REGRESA SEGÚN LO PROGRAMADO, DARÁ LUGAR A QUE SU CASO SE DEVUELVA AL TRIBUNAL PARA OTRA DISPOSICIÓN.**

**“LEÍ, ENTIENDO Y ACEPTO LO ANTERIOR”**

N.º de caso: \_\_\_\_\_

Fecha Ct.: \_\_\_\_\_

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

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

**SOLO PARA USO DE LA OFICINA:**

Días que se deben: \_\_\_\_\_ Riesgo: Bajo Mod Alto Elegible: Sí No

ASP denegado. Razón: \_\_\_\_\_  A la espera del pago  WP

GPS. Fecha de conexión: \_\_\_\_\_ Fecha en que se quitó: \_\_\_\_\_  Retiro del GPS

No se presentó/No llamó Oficial de supervisión: \_\_\_\_\_

