



Washington County Jail (Cárcel)
Solicitud para el Programa Detención Electrónica del Hogar



Nombre: _____ Fecha: _____

Otros Nombres: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Número de Preso: _____ Número de JID: _____

Raza: _____ Estatura: _____ Peso: _____ Color de Ojos: _____ Sexo: **M F**

Domicilio: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

¿Cuánto tiempo en este domicilio? _____ Número telefónico casa móvil: _____

¿Eres dueño o inquilino? _____ Nombre del Dueño o Arrendatario si no eres tu: _____

Años Escolares cumplidos: _____ Estatus Matrimonial: Casado Soltero Divorciado Separado

Lista de nombres de personas que viven contigo en este domicilio:

<u>Nombre</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Sexo</u>	<u>Raza</u>	<u>Relación</u>

EMPLEO

Ocupación/Posición/Título de Trabajo: _____

Nombre de Empleador (Anota si trabajas por si mismo): _____

Dirección del Empleador: _____

Número Telefónico: _____ ¿El sitio de trabajo y la Oficina es el mismo? **Sí No**

¿Es tu intención de notificarle a tu empleador de tu detención en tu hogar? **Sí No**

Sueldo por hora: \$ _____ o salario mensual: \$ _____ Días de Pago: _____

HORARIO DE TRABAJO

Has un círculo en los días que trabajas: **lunes martes miércoles jueves viernes sábado domingo**

Horas trabajadas por día: _____ Hora de inicio el día de trabajo: _____ Hora de terminar: _____

HORARIO DE TRATAMIENTO (INCLUYENDO AA)

Localidad (dirección): _____

Has un círculo en los días de tratamiento: **lunes martes miércoles jueves viernes sábado domingo**

La hora que te reciben en el tratamiento: _____ La hora que sales de tratamiento: _____

HISTORIAL DE DETENCIÓN ELECTRÓNICO DEL HOGAR

En alguna vez, ¿has estado en detención electrónico del hogar? **Sí No**

Si la respuesta es Sí, escribe cuándo y dónde: _____

¿Cumpliste con éxito el programa? **Sí No**

PROBACIÓN (LIBERTAD CONDICIONAL)

¿Está en Probación?: **Sí No** Departamento: _____

Oficial de Probación: _____ Número Telefónico: _____

Oficial de Probación: _____ Número Telefónico: _____

¿Estás en buen estatus con tu Oficial de Probación? **Sí No**

TRANSPORTACIÓN

¿Qué tipo de transportación usas? _____

No. licencia de Conducir: _____ Estado: _____ Fecha de Expiración: _____ Estatus: Activo
 Suspendido
 Revocado

CONDICIONES MEDICAS

¿Tienes alguna condición médica (tal como tuberculosis, hepatitis, o problemas cardiacos, etc.)? **Si No**

Si la respuesta es Sí, escribe un descripción: _____

Escribe el nombre de cada medicamento con receta y medicamento sin receta que consumes: _____
