



MONTEREY COUNTY

PROBATION DEPARTMENT Supervised Home Confinement

Solicitud de Supervisión Bajo Arresto Domiciliario

PROPOSITO: Proveer un programa altamente estructurado de arresto domiciliario para reclusos sentenciados a una cárcel del condado. El programa es basado en la comunidad y permite a los participantes a permanecer empleados, proveer para sus familias, participar en programas aprobados de rehabilitación y/o participar en otras actividades autorizadas. Al mismo tiempo reduciendo los altos costos asociados con encarcelamiento los cuales son una carga para los pagadores de impuestos. Los participantes son monitoreados desde su propio hogar por medio de aparatos de rastreo. Se les asigna los ofensores un aparato, no removible, que monitorea su locación por medio de tecnología de celular de posición global satelital.

REQUISITOS DEL PROGRAM DE ARRESTO DOMICILIARIO:

- El/La participante debe de estar de acuerdo con las condiciones requeridas por el programa.
- El/La participante debe haber sido sentenciado a la cárcel del condado.
- El/La participante debe de ser residente del Condado de Monterey con domicilio verificable.

DESCALIFICANTES DEL PROGRAM:

- Cualquier persona que no cumpla con los requisitos del programa mencionado anteriormente.
- Cualquier persona cumpliendo cualquier otra sentencia en cualquier jurisdicción.
- Cualquier persona que el/la juez/a de sentencia haya considerado no elegible para el programa.
- Cualquier persona que tenga un caso(s) judicial abierto(s).
- Cualquier persona que cumpla una sentencia bajo la sección 1170(h) del código penal.
- Cualquier persona cuyo delito involucro posesión/introducción de contrabando en un centro correccional.
- Cualquier persona que no complete el proceso de reserva del programa Supervisión Bajo Arresto Domiciliario.

POSIBLES DESCALIFICANTES DEL PROGRAMA:

- Cualquier persona que no presente una solicitud del programa de Arresto Domiciliario al menos de 30 días antes de la fecha de entrega de reserva. Los solicitantes del programa de Arresto Domiciliario fuera del condado deben presentarse 60 días antes de la fecha de entrega de reserva.
- Cualquier persona autorizada por la corte de ser puesto/a en libertad para participar en un programa residencial de para tratamiento de drogas.
- Cualquier persona cuyo caso fue naturaleza grave o podría plantear problemas de seguridad del oficial (por ejemplo, residencia al arresto, daño significativo a la(s) víctima(s), participación en pandillas, posesión/ uso/ o disparar una arma, violencia, etc.).
- Cualquier persona que haya estado involucrado en ventas, transporte o fabricación de sustancias controladas.
- Cualquier persona cuyo delito involucre una sofisticación criminal significativa, abuso de autoridad o violación de confianza, (por ejemplo, víctimas vulnerables).
- Cualquier persona ha sido condenado/a por un delito grave de conducción en estado de ebriedad con accidente o lesión.
- Cualquier persona que no posea suficiente capacidad de autocontrol, como lo demuestra su historial anterior, para permitirle cumplir con las condiciones y restricciones del programa (por ejemplo, antecedentes extensos de arresto o violaciones de libertad condicional, incluidas violaciones de libertad condicional judicial, desacato al tribunal, o fracaso de supervisión pretribunal etc.)
- Cualquier persona que tenga un historial de fuga o de no presentarse a la corte/orden de arresto.
- Cualquier persona que n haya podido completar con éxito el programa de Arresto Domiciliario en los últimos dos años. Cualquier persona que no haya cumplido con las reglas y regulaciones razonables mientras estuvo encarcelado/a bajo custodia.

Applicant Name: _____

Date Received: _____

Monterey County Probation Department
Solicitud para Cárcel en Casa

Información Personal

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Domicilio: _____ **Licencia o # ID:** _____

Cuidad: _____ **Codigo Postal:** _____ **Teléfono: Cel/Casa** _____

Dirección de donde recibe correo: _____

de Seguro Social: _____ **Estatura** _____ **Peso** _____ **Sexo: Hombre / Mujer**

Etnicidad: _____ **Color de Ojos:** _____ **Color de Pelo:** _____ **Cicatrices:** _____

Tatuajes _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Union Libre Divorciado(a) Vuido(a)

Información Social

Con quien vives? (Nombres, Edades, Fecha de Nacimiento, Licencia / #ID y tu relacion a esa persona)

Nombre	Edad	Fecha de Nacimiento	Licencia/#ID	Relacion a esa persona

Persona a quién contactar en caso de emergencia:

Nombre _____ **Teléfono #** _____

Domicilio _____ **Relación con esa persona** _____

Applicant Name: _____

Date Received: _____

El estado de su caso con la Corte

Caso(s) #: _____

Fecha de Sentencia: _____ # De días de sentencia : _____ Creditos: _____

Esta usted actualmente en la Cárcel: Sí No Su numero de reo en la Cárcel: _____

Abogado(a): _____ Telefono #: _____

Tienes algun otro caso pendiente? Sí No Caso(s) #: _____

Tienes casos pendiente en otro condado? Si No Donde? _____

Tienes un historial de arresto? Sí No Es este un caso de violencia doméstica? Sí No

Si hubo la víctima – la/lo conoces? Sí No Vives con la la víctima? Sí No

Nombre de la víctima(s): _____

Hay alguien en libertad condicional en su residencia? Sí No Nombre: _____

Empleo/Escuela

Donde trabaja o donde estudia? _____

Posicion: _____ Supervisor: _____ Telefono: _____

Domicilo: _____

Segundo trabajo/Escuela: _____

Su posición : _____ Supervisor: _____ Telefono: _____

Domicilio: _____

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
De:							
A:							

Si no trabaja (escoja una respuesta): Desempleado Jubilado Discapacitado

Applicant Name: _____

Date Received: _____

Método de transporte

Si usted conducirá un automóvil : Tiene una licencia de conducir válida? Si No

Si no , cual es su modo de transporte? _____

Descripción de su automóvil: _____ #: de placas _____

Seguro de auto: _____ # de póliza: _____

Si usted toma el autobús: Ruta/# de ruta: _____

Información Adicional

Esta usted bajo el cuidado de un medico? Si No

Explique el porque: _____

Actualmente toma algun medicamento? Si No

Explique cual(es) toma: _____

Hay algo más que nos quiera decir para que usted sea considerado y asi poder ser aprobado para este programa?

Applicant Name: _____

Date Received: _____

Sus iniciales Yo entiendo que debo acudir a todas las citas requeridas con el Departamento de Probation /Unidad de Cárcel en Casa libre de alcohol y drogas, que incluye marihuana medicinal y recreativa.

Sus iniciales Yo entiendo que tendré que someterme a una prueba obligatoria de detección de drogas y alcohol antes de comenzar el programa y despues en cualquier momento que se me pida si es que soy aprobado a participar en este programa. Cualquier prueba positiva puede resultar que me nieguen o me expulsen del programa.

EL NO DAR INFORMACIÓN EXACTA Y VERDADERA PUEDE RESULTAR EN LA DENEGACIÓN DE SU APLICACIÓN.

Yo certifico que toda la información que he proporcionado en esta aplicación es verdadera según mi saber y entender. Declaraciones falsas pueden dar como resultado la denegación de mi solicitud.

Firma del participante _____ Fecha _____

Si la solicitud fue preparada por alguien que no sea el solicitante:

Firma del preparador _____ Fecha _____

Escriba su nombre: _____ Relación: _____

Numero de teléfono : _____
