



Condado De Santa Clara
Departamento de La Libertad Condicional (Probation)
Solicitud Para El Programa de Monitoreo Electrónico

Nombre: _____

Fecha de hoy: _____

Numero de Caso: _____

Fecha de entrega: _____

Para solicitar el Programa de Monitoreo Electrónico de acuerdo con el Código Penal del Artículo 1203.016, complete y entregué esta solicitud a al Departamento de Libertad Condicional (Probation) 2314 North First St. San Jose, CA. 95131

Favor de añadir la orden del tribunal y el reporte de la policía a esta solicitud.

Si tiene preguntas sobre el programa, puede llamar a este numeró 408-435-2089

Si es aceptado, su costo por día será basado en sus ingresos (vea la escala variable a continuación) también tendrá que pagar un depósito de \$50.00 dentro de 3 días de haber empezado el programa. (El depósito se aplicará al costo total del programa). Para los solicitantes que viven fuera del Condado de Santa Clara, habrá un cargo de \$50.00 por procesamiento.

Tarifa diaria – Escala variable.

Salario por hora	Costo por día
\$0.00 - \$24.99	\$10.00
\$25.00 - \$39.99	\$15.00
Over \$40.00	\$20.00

Todos los pagos deben realizarse a esta dirección.
 County Of Santa Clara Department of Revenue 1555 Berger Dr. Edificio #2,
 San Jose, CA 95112 (408) 282-3200.

Favor de contestar la siguiente pregunta:

¿Tiene alguna acción u orden judicial pendiente? Sí _____ No _____

Si contesto que sí, favor de explicar: _____

Luego de recibir esta solicitud, el personal del programa (EMP) evaluara su caso a ver si reúne las condiciones para ser elegido. Si es aceptado, lo llamaran para una entrevista. Si es rechazado, le enviaran una Carta de Rechazo.

Condado de Santa Clara
Departamento de La Libertad Condicional (Probation)
Solicitud Para El Programa De Monitor Electrónico

Nombre _____ / _____ / _____ Fecha de Nacimiento: _____
Apellido Primer segundo

Dirección _____ Descripción de casa: _____
Numero Calle Ciudad Código Postal Color de casa, etc.

Teléfono de casa: _____ No. De celular _____

Sexo: _____ Nacionalidad: _____ Color de Pelo: _____ Color de Ojos: _____ Peso: _____ Altura: _____

Cicatrices/Tatuajes: _____ Seguro Social: _____ Licencia de conductor/Identificación #: _____

Estado civil: _____ Nombre de su Cónyuge _____

Información Médica (Seleccione una)

Sí No

[] [] ¿Tiene alguna infección o enfermedad contagiosa?

[] [] ¿Toma medicamentos recetados?, si contesto que sí, escriba los nombres: _____

Información en caso de emergencia (Toda la información debe ser correcta y puede ser verificada)

Nombre: _____ Relación: _____ #Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Nombre: _____ Relación _____ #Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Información de transporte (vehículo personal)

Nombre del dueño: _____ #de teléfono: _____

Licencia del Vehículo (# de Placas): _____ Fecha de vencimiento: _____

Año y marca del vehículo: _____ Color y modelo: _____

Favor de incluir todo los vehículos que habitan en la residencia.

Año _____ Marca _____ Modelo _____ Licencia _____ Color _____

Año _____ Marca _____ Modelo _____ Licencia _____ Color _____

Año _____ Marca _____ Modelo _____ Licencia _____ Color _____

Año _____ Marca _____ Modelo _____ Licencia _____ Color _____

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Información de Empleo

Nombre del Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ / _____ / _____
 Numero Calle Ciudad Código Postal

Nombre del Supervisor: _____ # De teléfono: _____

Horario de trabajo: _____ hasta: _____ (Favor de Circular) Dom – Lun – Mar – Mié – Jue – Vie– Sáb
 (Empieza) (Términa)

Salario por hora: \$ _____ Semanal _____ Quincenal _____ Mensual _____

Acuerdo de Cohabitanes

Al firmar este acuerdo, todos los habitantes que viven en la residencia deben de aceptar las reglas del programa (EMP) que se aplican al participante y permitirle al personal de EMP acceso a la residencia para hacer cumplir las reglas y normas del programa.

Permiso para Inspeccionar

Entiendo que _____ ha solicitado el Programa de Monitoreo Electrónico del
 (Nombre de solicitante)
Departamento de Probación del Condado de Santa Clara. Si es aceptado, el solicitante residirá en mi hogar mientras participa en el programa.

Entiendo que la persona en el programa de (EMP) está sujeta a inspección de su persona y de todas las áreas bajo su control y, por lo tanto, los lugares de mi residencia que utiliza esta persona están sujetos a inspección en cualquier momento por parte del personal del Departamento del Sheriff del Condado de Santa Clara.

Acepto permitir que los oficiales y personal de EMP del departamento de Libertad Condicional del Condado de Santa Clara tengan acceso pleno a todas las áreas de mi residencia que son utilizadas por la persona durante su participación el programa.

También entiendo que no permitir la entrada en mi vivienda cuando el personal de EMP lo requiera, la persona será terminada del programa y será regresada a la cárcel del Condado de Santa Clara.

Dirección: _____ Ciudad: _____ : Código postal _____

Escriba los nombres de todas las personas que viven en la casa **incluyendo usted**. Mayores de 18 años tienen que firmar. (Si necesita más espacio, utilice el reverso de esta hoja)

Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	Firma
Por ejemplo: Juan García	Padre	01/01/45	John Doe
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Programa De Monitor Electrónico (EMP)

Normas & Reglamentos

(Ponga sus iniciales en la línea si esta de acuerdo con las reglas)

Yo, _____, como participante del Programa de Monitoreo Electrónico del Condado de Santa Clara, estoy de acuerdo en seguir los siguientes reglamentos. Estoy de acuerdo de que si desobedezco cualquier Ley Federal, Estatal, del Condado o Ciudad y que si fallo en cumplir estas normas y reglamentos puede dar lugar a una acción disciplinaria y/o a la terminación del programa.

- ___ 1. **Acepto y entiendo que ser un participante de EMP es un privilegio y no un derecho.**
- ___ 2. Acepto en pagar un depósito inicial de \$50.00 más una tarifa de \$_____ por cada día en el programa.
- ___ 3. Me ofrezco voluntariamente para este programa, y si me escapara o no lo completara, perderé todo el dinero en mi cuenta de EMP.
- ___ 4. Entiendo que si me escapo, se emitirá una orden para mi arresto.
- ___ 5. Acepto permanecer en mi residencia y las áreas que la rodean, no más lejos de 50 pies, y debo notificar al personal de EMP sobre todas las mascotas que tenga en mi residencia.
- ___ 6. Soy responsable de todo el equipo instalado en mí y la residencia donde vivo, acepto mantener servicio de electricidad en todo momento. Notificare al personal de EMP sobre cualquier problema que pudiera tener con el equipo. (Los aparatos no se pueden exponer a radiografías o resonancias magnéticas).
- ___ 7. Entiendo que además de la vigilancia electrónica, estaré sujeto a vigilancia en persona, incluyendo visitas sin advertencia o sin avisar a mi trabajo o casa.
- ___ 8. Contestare todas las llamadas/textos del personal de EMP y del servicio de Monitoreo a cualquier hora del día.
- ___ 9. Seguiré con las instrucciones que me sean indicadas por el personal de EMP y el servicio de Monitoreo.
- ___ 10. Mi residencia y todas las personas que habitan deberán contar con la aprobación del personal de EMP. El ambiente debe ser conducente. ***Si hay alguien en mi residencia que se encuentra en libertad bajo palabra o condicional (Probation o Parole) deberé notificar al personal de EMP.*** Debo notificar al personal de EMP con 24 horas de anticipación sobre cualquier visita a mi residencia. ***(No se permiten visitante que se encuentren en libertad condicional/bajo palabra en la residencia, ni tengo permitido realizar fiestas o reuniones sociales, y NI HUESPEDES QUE SE QUEDEN A DORMIR a menos que lo apruebe el personal de EMP).***
- ___ 11. Entiendo que debo estar apropiadamente vestido y que debo ser respetuoso durante el contacto con el personal de EMP. (Esto también se aplica a familiares y visitantes).
- ___ 12. No poseeré ni tendré ningún tipo de arma (armas de fuego, dagas, puños de acero etc.) en mi residencia, auto o en el trabajo.
- ___ 13. Acepto a ser revisado sin orden sobre mi persona, residencia o vehículo en cualquier momento del día o noche mientras estoy participando en EMP, realizado por cualquier policía y/o personal del EMP.
- ___ 14. Cualquier incidente que ocurra en mi residencia que implique Agentes de Policía, bomberos, Oficiales de Libertad Condicional, o Médicos, deberé notificar inmediatamente al personal de EMP.
- ___ 15. Acepto que, en el caso de una emergencia médica mía o de un miembro familiar, me ocupare del asunto inmediatamente, notificare al personal de EMP por teléfono de inmediato y presentaré la documentación necesaria cuando la crisis haya pasado.

- ____ 16. Notificare al personal de EMP sobre cualquier cambio o cancelación de horario de trabajo. Comeré solamente en mi trabajo u otro lugar que sea permitido por el personal de EMP. En caso de que mi empleo se termine, regresare inmediatamente a mi residencia y notificare al personal de EMP.
- ____ 17. Estoy de acuerdo en continuar con los programas de asesoramiento o de rehabilitación ordenados por el tribunal o el departamento de Libertad Condicional. Deberán ser previamente aprobados por el programa de EMP. **(Le requerirán pruebas de asistencia).**
- ____ 18. Me está prohibido tener cualquier tipo de contacto con personas que estén en el programa (EMP) o con personas que estén en la cárcel. Mientras estoy en mi casa, debo contestar todas las llamadas o mensajes de texto que reciba del personal de EMP.
- ____ 19. Hacer, poseer, consumir o estar bajo la influencia de **CUALQUIER NARCOTICO ILEGAL, DROGAS, ALCHOL (o sus recipientes), EMBRIAGUEZ o el USO INDEBIDO O ABUSO DE MEDICAMENTOS RECETADOS O SIN RECETA ESTA PROHIBIDO.** La marihuana medicinal está prohibida mientras participa en EMP.
- ____ 20. Acepto a someterme a pruebas de alcohol y o de drogas según lo ordene el personal de EMP.
- ____ 21. No mentiré ni declarare falsamente sobre la verdad a ningún Oficial o Empleado Civil del Departamento de Libertad Condicional, o cualquier otra Agencia Policial.

Entiendo que soy responsable por cualquier daño, que no sea por desgaste normal, del transmisor (DCU o GPS) o del receptor en el hogar. También entiendo que si no devuelvo los aparatos en buen funcionamiento, deberé pagar la reparación o reemplazo de los aparatos de la siguiente manera:

- Reemplazo total del transmisor (DCU) \$175.00
- Reemplazo total de la base de receptor \$689.00
- Reemplazo total del GPS \$1,095.00

Coloque sus iniciales aquí _____

SOLO PARA CASOS DE TRANSFERENCIAS (Para participantes que viven fuera del Condado de Santa Clara)

- ____ 22. Si soy rechazado o terminado del programa por cualquier razón, acepto regresar al Condado de Santa Clara y reportarme con el Oficial de EMP durante las 48 horas de haber sido rechazado o terminado. *(No hacerlo pude resultar la emisión de una orden para su arresto)*

He leído y colocado mis iniciales en cada reglamento, indicando que entiendo las reglas y la responsabilidad que existe durante mi participación en el programa de supervisión (EMP). También he informado a todos los que viven en la residencia sobre las normas y reglamentos del programa. También entiendo que si desobedezco alguna de estas normas, me terminaran del programa y regresare a la cárcel del Condado de Santa Clara.

Firma del Solicitante: _____

Fecha: _____

SOLO PARA PARTICIPANTS DE TAD

- _____ 1. Acepto no remover, alterar o colocar algún material que obstruye entre el transmisor TAD y mi pierna.
- _____ 2. Solo en caso de emergencia o con el permiso de mi Oficial puedo quitar el transmisor TAD.
- _____ 3. Si experimento sensación de ardor, sarpullido en la piel o cualquier otro problema médico a causa del transmisor TAD, notificare inmediatamente a mi Oficial.

Productos Prohibidos:

- _____ 4. Entiendo que no puedo utilizar ningún producto que contenga alcohol, incluyendo, alcohol medicinal, detergentes, desinfectantes, enjuague bucal, lociones, perfumes, colonias u otros productos de higiene que contengan alcohol. Solo se puede utilizar jabón y agua en la piel alrededor del transmisor TAD.

Manipulación:

- _____ 5. Entiendo que el uso de herramientas y tratar de interferir con el transmisor TAD se tratara como intento de manipulación del aparato y se considera una violación a este acuerdo.

Nadar y Baños en la tina:

- _____ 6. Entiendo que solo puedo bañarme en la regadera y que está prohibido sumergir el transmisor TAD. Estoy de acuerdo en no sumergir el transmisor TAD bajo el agua y que si lo hago se considerará como intento de manipulación. Entiendo que seré responsable por los daños causados por sumergir el transmisor y por los costos adicionales de instalación cuando se requiere un equipo nuevo.

Higiene Personal:

- _____ 7. Estoy de acuerdo, que cuando me bañe, limpie con agua y jabón el área alrededor del transmisor con y luego lo seque. El no enjuagar y secar el transmisor puede resultar un sarpullido.

Estado de Salud actual o Condiciones Médicas preexistentes:

- _____ 8. Estoy de acuerdo en informar mi estado de salud o algún problema médico existente, como por ejemplo, embarazo, diabetes, o alergias en la piel.

Estoy de acuerdo que seré responsable por el daño, que no sea por el desgaste normal del transmisor TAD o el receptor en el hogar. También entiendo que si no devuelvo el equipo en buenas condiciones, deberé pagar la reparación o reemplazo del equipo de la siguiente manera.

- Reemplazo completo del transmisor TAD \$2,215.00
- Reemplazo completo del receptor del hogar \$1,285.00

Coloque sus iniciales aquí _____

SOLO PARA CLIENTES SOBERLINK

- ___ 1. Debo traer el dispositivo SL2 en mi posesión en todo momento durante la participación del programa.
- ___ 2. Debo tener el dispositivo SL2 correctamente cargado todo el tiempo.

Procedimientos de Prueba:

- ___ 3. No usare lentes de sol, sombreros u otro artículo que puedan distorsionar durante la prueba.
- ___ 4. No colocaré las manos en la boquilla ni cubriré la apertura trasera mientras realizo la prueba.
- ___ 5. Miraré directamente a la cámara durante la prueba y no obstruiré la cámara de ninguna forma.
- ___ 6. No consumiré alimentos 20 minutos antes de la prueba.
- ___ 7. Esperaré al menos 20 minutos después de haber usado enjuague bucal o cualquier producto que contenga alcohol como gel, desinfectantes etc., antes de realizar la prueba.
- ___ 8. Si el resultado de la prueba no sale aceptable, tendrá que someterse a otra prueba, según se le indique, hasta que su BAC (Alcohol en las sangre) se registre aceptable. No hacer una segunda prueba puede considerarse como “resultado positivo” o puede considerarse incumplimiento de este contrato.
- ___ 9. Realizare la prueba a una temperatura normal de operación (31* - 105*)

Manipulación del equipo:

- ___ 10. Tratar de cubrir u obstruir la cámara durante la prueba se notificaría a mi oficial como un intento de manipular el equipo y de violación del presente acuerdo.
- ___ 11. Tratar de introducir alguna herramienta en el dispositivo se considerará una violación.

Malfuncionamiento del Equipo:

- ___ 12. Reportare cualquier problema que surja con el dispositivo SL2 inmediatamente. Si no puedo hablar con alguien en persona dejare mensaje con mi nombre, la hora y la descripción del problema.

Cuidado del Equipo:

- ___ 13. Guardaré el aparato SL2 en el estuche protector todo el tiempo cuando no lo use y fuera del alcance de elementos que contengan alcohol.

Responsabilidad por Pérdida, Daño o Robo del Equipo:

- ___ 14. Soy responsable por cualquier daño al equipo, que no sea a causa del uso normal. Pagaré los costos de reparación o reemplazo en caso de pérdida, robo o daño al equipo. (Sumersión en agua u otro liquido o cualquier otra actividad que resulte en el daño del aparato).
- ___ 15. Si no devuelvo el equipo, seré responsable del costo completo de reemplazo de la siguiente manera:

Dispositivo SL2	\$800.00
Estuche SL2	\$15.00
Cargador	\$10.00

He leído y puesto mis iniciales en cada reglamento indicando que entiendo las responsabilidades mientras participo en el Programa de Monitoreo Electrónico. He informado a todos los que viven en la residencia sobre las normas y reglamentos del programa. Entiendo que si desobedezco alguna de estas normas, me terminaran del programa y regresare a la cárcel del Condado de Santa Clara.

Firma del Solicitante: _____

Fecha: _____