|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |       |  | Fecha de hoy: |       |
| Numero de Caso: |       |  | PFN: |       |
| Fecha para empezar el programa: |       |

**Para solicitar para el programa, de acuerdo con el Artículo 1203.016 del Código Penal, llené y entregué esta solicitud al Departamento de Libertad Condicional (Probation) 2314 N. First St. San Jose, CA 95131.**

* **Debe añadir la orden del tribunal.**
* **Entrega la solicitud por lo menos 4 semanas antes de la fecha de entrega.**
* **La participación en el programa EMP es GRATIS, no hay cargos de monitoreo.**

Favor de contestar la siguiente pregunta:

¿Tiene alguna orden de arresto o corte judicial pendiente? Sí [ ]  No [ ]

Si contesto que sí, favor de explicar:

|  |
| --- |
|       |
|       |
|       |
|       |

|  |
| --- |
| ***Después de recibir esta solicitud, el personal del programa (EMP) evaluara su caso para determinar si reúne las condiciones para ser elegido. Si cumple con los requisitos lo llamaran para una cita. Si no es aceptado, le hablaran por teléfono y le enviaran una carta indicándole la razón porque no fue aceptado.******Si tiene preguntas sobre el programa, puede llamar a este numeró 408-435-2089.*** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre |       | / |       | / |       | Fecha de Nacimiento: |       |
|  | *Apellido* |  | *Primer* |  | *segundo* |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dirección |       | Descripción de casa: |       |
|  | Numero Calle Ciudad Código Postal |  | Color de casa, etc. |
| No. De celular: |       | Correo Electrónico |       |
| Género: |       | 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*** *(Seleccioné 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: |       | No. Teléfono: |       |
| Dirección: |       | Ciudad: |       | Código Postal: |       |
| Nombre: |       | Relación: |       | No. Teléfono: |       |
| Dirección: |       | Ciudad: |       | Código Postal: |       |

**Información de trasporte (vehículo personal)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del dueño: |       |  | No. de teléfono: |       |
| No. de Placas: |       |  | Fecha de vencimiento: |       |
| Año y marca del vehículo: |       |  | Color y modelo: |       |

**Favor de incluir todos 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 |       |

***Información de Empleo***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del Empleador: |       | Ocupación: |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dirección: |       | / |       | / |       |
|  | Numero Calle |  | Ciudad |  | Código Postal |
| Nombre del Supervisor: |       | No. De teléfono: |       |
| Horario de trabajo: |       | hasta: |       | (*Favor de seleccionar los días*) Dom [ ]  Lun [ ]  Mar [ ]  Mié [ ]  Jue [ ]  Vie [ ]  Sáb |
|  | *(Empieza)* |  | *(Termina)* |  |

**Estas limitado a trabajar 50 horas por semana, incluyendo el tiempo de viajar de la casa al trabajo. Si es necesario, podemos comunicarnos con tu empleador para verificar. Tiempo adicional puede ser permitido dependiente del caso.**

***Acuerdo de Cohabitantes***

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 Libertad Condicional Bajo Palabra (Probation) del Condado de Santa Clara. Si es aceptado, el solicitante vivirá 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 a mi residencia, a las áreas que son habitadas por esta 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 eliminada del programa y será regresada a la cárcel del Condado de Santa Clara.

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 |  | *Juan García* |
|       |  |       |  |       |  |  |
|       |  |       |  |       |  |  |
|       |  |       |  |       |  |  |
|       |  |       |  |       |  |  |
|       |  |       |  |       |  |  |

**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 suspensión del programa.

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | 1. **Acepto y entiendo que ser un participante de EMP es un privilegio y no un derecho.**
 |
|  |  |
| [ ]  | 1. Entiendo que, si me escapo, se emitirá una orden de arresto contra mí.
 |
|  |  |
| [ ]  | 1. 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.
 |
|  |
|  |  |
| [ ]  | 1. 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).
 |
|  |
|  |  |
| [ ]  | 1. 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.
 |
|  |
|  |  |
| [ ]  | 1. Contestare todas las llamadas/textos del personal de EMP y del servicio de Monitoreo a cualquier hora del día**.**
 |
|  |  |
| [ ]  | 1. Seguiré con las instrucciones que me sean indicadas por el personal de EMP y el servicio de Monitoreo.
 |
|  |  |
| [ ]  | 1. 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)**.
 |
|  |
|  |  |
| [ ]  | 1. 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).
 |
|  |
|  |  |
| [ ]  | 1. No poseeré ni tendré ningún tipo de arma (armas de fuego, dagas, puños de acero etc.) en mi residencia, auto o en el trabajo.
 |
|  |
|  |  |
| [ ]  | 1. 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
 |
|  |
|  |  |
| [ ]  | 1. Cualquier incidente que ocurra en mi residencia que implique Agentes de Policía, bomberos, Ofíciales de Libertad Condicional, o Médicos, deberé notificar inmediatamente al personal de EMP.
 |
|  |
|  |  |
| [ ]  | 1. Estoy de acuerdo que en caso de una emergencia médica mía o de un miembro familiar, me ocupare del asunto inmediatamente, notificare al personal de EMP por teléfono y presentaré la documentación necesaria cuando la crisis haya pasado.
 |
|  |
|  |  |
| [ ]  | 1. 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..
 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | 1. 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)**
 |
|  |
|  |  |
| [ ]  | 1. Es 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.
 |
|  |
|  |  |
| [ ]  | 1. 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.
 |
|  |
|  |  |
| [ ]  | 1. Acepto a someterme a pruebas de alcohol y o de drogas según lo ordene el personal de EMP.
 |
|  |  |
| [ ]  | 1. No mentiré ni declarare falsamente sobre la verdad a ningún Oficial o Empleado Civil del Departamento de Libertad Condicional, o cualquier otra Agencia Policial
 |
|  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | 1. Si soy rechazado o suspendido 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 suspendido. *(No hacerlo pude resultar la emisión de una orden para su arresto)*
 |
|  |

|  |
| --- |
| **Horario de Entradas y Salidas** |
| **Día** | **Hora que sale de su casa** | **Hora de llegada a su trabajo escuela, etc.** | **Hora que sale de su trabajo, escuela, etc.** | **Hora que regresa a su casa** | **Dirección del lugar donde trabaja, etc.** |
| *lunes* |       |       |       |       |       |
|   |       |       |       |       |       |
| *martes* |       |       |       |       |       |
|   |       |       |       |       |       |
| *miércoles* |       |       |       |       |       |
|   |       |       |       |       |       |
| *jueves* |       |       |       |       |       |
|   |       |       |       |       |       |
| *viernes* |       |       |       |       |       |
|   |       |       |       |       |       |
| *sábado* |       |       |       |       |       |
|   |       |       |       |       |       |
| *domingo* |       |       |       |       |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Firma del Solicitante: |  | Fecha: |       |

**SOLO PARA PARTICIPANTS DE CAM**

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

***Manipulación:***

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | 5. Entiendo que el uso de herramientas y tratar de interferir con el transmisor CAM 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 CAM. Estoy de acuerdo en no sumergir el transmisor CAM 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 trasmisor y por los costos adicionales de instalación cuando se requiere un equipo nuevo. |
|  |

***Higiene Personal:***

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | 7. Estoy de acuerdo, que cuando me bañe, limpiare con agua y jabón el área alrededor del transmisor con y luego lo secare. 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. |
|  |

Reconozco el recibo de:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Número de serie de la pulsera
 |       | **Iniciales** |       |
| * Número de serie de la estación base
 |       |  |

Estoy de acuerdo que seré responsable por el daño, que no sea por el desgaste normal del transmisor CAM 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 CAM
 | $1,400.00 |
| * Reemplazo completo del receptor del hogar
 | $700.00 | **Iniciales** |       |
| * Reemplazo del strap
 | $175.00 |

**\*\*For Court Order Condition of Probation Cases:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Start Date** |       | **Tentative Completion Date:** |       |
| Applicant Name: |       |
| Applicant Signature: |  | Date |       |