



# 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: \_\_\_\_\_ Código 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 : \_\_\_\_\_

---