



MONTEREY COUNTY

PROBATION DEPARTMENT

Supervised Home Confinement

Aplicación para Cárcel en Casa

OBJETIVO: Proporcionar un programa estructurado para la comunidad, basado en la detención domiciliaria para los reclusos comprometidos por la corte a la cárcel del condado. El programa permite a los/las participantes a seguir con su empleo, mantener a sus familias y asistir a otros programas aprobados de rehabilitación, de poder participar en otras actividades autorizadas, reduciendo así la carga a la comunidad de los altos costos asociados con el encarcelamiento. Se supervisará a los/las participantes mediante el uso de equipos de monitoreo en su propia casa. Los/las participantes usaran dispositivos de rastreo que no son removibles y que utilizan tecnología celular y de GPS para monitorear su ubicación

REQUISITOS DEL PROGRAMA DE CARCEL EN CASA:

- Participante debe estar de acuerdo con todas las condiciones requeridas por el programa.
- Participante debe haber sido condenado a una sentencia en la cárcel del Condado.
- Participante debe ser residente del Condado de Monterey, con un domicilio verificable.

DESCALIFICADORES DEL PROGRAMA:

- Cualquier persona que no reúna los requisitos del programa antes mencionados.
- Cualquier persona que ya este sirviendo una sentencia en otra jurisdicción.
- Cualquier persona, que por orden de la corte le hayan negado a participar en el programa.

POSSIBLES DESCALIFICADORES DEL PROGRAMA:

- Cualquier persona autorizada por la Corte a ser liberada a participar en un programa residencial de tratamiento de drogas.
- Cualquier persona que tenga casos de delitos graves o que puedan ocasionarle problemas de seguridad a los oficiales (personas que causaron daño severo a víctimas, personas involucradas en pandillas, violencia y posesión o uso de armas).
- Cualquier persona que recientemente haya sido implicada en ventas, transporte o fabricación de alguna substancia controlada.
- Persona involucrada en delito de sofisticación criminal, abuso de autoridad o de confianza.
- Cualquier persona que haya sido sentenciada con una felonía por manejar bajo la influencia y causar un accidente o que haya habido heridos.
- Cualquier persona que no posee la suficiente capacidad de autocontrol (como demuestre su historial criminal) para así poder cumplir con las condiciones y restricciones del programa (personas con muchos arrestos y violaciones de probation - incluyendo las violaciones de probation de la corte).
- Cualquier persona que tengan orden de arresto por no obedecer las órdenes de la corte.
- Cualquier persona que tenga algún caso(s) pendiente en la(s) corte(s).
- Cualquier persona que no haya cumplido con las reglas y regulaciones durante su detención en la cárcel.

Dirección: 20 E. Alisal Street, Salinas, CA 93901 - **Teléfono:** (831) 784-5799 **Fax:** (831) 769-0226

Monterey County Probation Department

Solicitud para Cárcel en Casa

Se debe hacer un pago no reembolsable de \$ 112.00 cuando entregue la solicitud. El costo diario del programa se basa en una escala de acuerdo con 1208.2 PC u otros estatutos aplicables. Algunos casos requieren equipo de monitoreo adicional y pueden incluir tarifas diarias adicionales. Si tiene menos de 21 años, no se cobrarán tarifas (SB190). Cualquier respuesta falsa puede resultar en una denegación de su solicitud al programa.

Información Personal

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ Licencia o # ID: _____

Ciudad: _____ 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 # _____

Applicant Name: _____

Domicilio _____ Relación con esa persona _____

El estado de su caso con la Corte

Caso(s) #: _____

Fecha de Sentencia: _____ # De dias 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: _____

Domicilio: _____

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

Ingreso \$: _____ por Hora /Quicena /Mensual Otros ingresos: _____ \$ _____

Incluya todos los ingresos por sueldo, jubilación, discapacidad, inversión y seguro social. Debe incluir comprobante de ingresos con la aplicación (talón de cheque, declaración de impuestos, etc.)

Método de transporte

Applicant Name: _____

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 algún medicamento? Si No

Explique cual(es) toma: _____

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

Applicant Name: _____

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 : _____

Se debe hacer un pago no reembolsable de \$ 112.00 cuando entregue la aplicacion. El costo diario del programa se basa en una escala de acuerdo con la ley 1208.2 PC u otros estatutos aplicables. Las personas que requieren equipo de monitoreo adicional tendran tarifas diarias adicionales. Los pagos deben hacerse solamente con money order, con cheque bancario o en dinero en efectivo. **Todos los pagos deben ser en cantidad exacta, no damos cambio.** Si usted tiene menos de 21 años, no se cobrarán tarifas (SB190).

Office Use Only

Type of payment: Cash Money Order Cashier Check Amount paid: _____

Case #: _____