

BLAINE COUNTY PROBATION INTAKE FORM

PERSONAL INFORMATION/INFORMACION PERSONAL

Last Name/Appellido:		First Name, Middle Initial/Primer Nombre y Inicial del Segundo nombre:		Gender/Sexo:	
Primary Language/Lenguaje:		Do you need a translator?/¿Necesita un traductor en inglés? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No			
Height/Altura:		Weight/Peso:		Hair Color/Color de pelo:	
				Eye Color/Color de ojos: Click or tap here to enter text.	
Housing/Casa: <input type="checkbox"/> Home Owner/Es dueño de casa <input type="checkbox"/> Renting/Renta <input type="checkbox"/> Roomate/Compañero de vivienda <input type="checkbox"/> Homeless/Sin Hogar <input type="checkbox"/> Other/Otro					
Mailing Address/Dirección:		City/Ciudad:		State/Estado:	
				Zip Code/Código Postal	
Physical Address/Dirección Física:		City/Ciudad:		State/Estado:	
Phone/Teléfono			Email/Correo electrónico		
Relationship Status/Estado Civil: <input type="checkbox"/> Single/Soltero <input type="checkbox"/> Married/Casado <input type="checkbox"/> Divorced/Divorciado <input type="checkbox"/> Widowed/Viudo					
Do you have children?/¿Tiene hijos? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No			How many children under 18 years old?/¿Cuántos niños menores de 18 años de edad? Click or tap here to enter text.		
If yes, how many children/¿Cuántos hijos tiene?			How many children live with you?/¿Cuántos niños viven con usted? Click or tap here to enter text.		
Ethnicity/Raza Étnica: <input type="checkbox"/> White/Blanco <input type="checkbox"/> Hispanic/Hispano <input type="checkbox"/> Asian/Asiático <input type="checkbox"/> Black/Negro <input type="checkbox"/> Native American/Nativo Americano <input type="checkbox"/> Unknown/Desconocido					
Driver's License/Licencia de Conducir #:		State/Estado:		Valid/Valida <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	
Vehicle Information/Información de Vehículo:		Make/Marca	Model/Modelo	Year/Año	Color/Color
		1.	1.	1.	1.
		2.	2.	2.	2.
		3.	3.	3.	3.
Do you have health insurance?/¿Tiene seguro medico? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No		Are you receiving Medicaid?/¿Está recibiendo Medicaid? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No		Medicaid #/¿Cual es su numero de Medicaid?	
Are you under the care of a physician?/¿Está usted bajo cuidado medico? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No		Physician's Name/¿Cual es el nombre del doctor?		Phone/Numero de teléfono:	
Are you currently taking medication?/¿Está tomando medicamentos? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No		List Medications/Liste los medicamentos:			

EMPLOYMENT/AND EDUCATION INFORMATION/INFORMACION DE EMPLEO Y EDUCACION

Attending School/Atendió a la escuela? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No		Last School Grade Completed/Último grado escolar completado:	
Where/Donde:			
Employed/Tiene empleo? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No		Employer/Empleado en:	
Employer's Address/Dirección del Empleador		Phone/Teléfono:	
Date Employment Began/Fecha de inicio del empleo		Full Time/Trabajo de tiempo completo <input type="checkbox"/> Part Time/Trabajo de medio tiempo <input type="checkbox"/>	

BLAINE COUNTY PROBATION INTAKE FORM

Last Name/Appellido: _____	First/Primer Nombre: _____	Middle/Inicial del Segundo Nombre _____
----------------------------	----------------------------	---

COURT INVOLVEMENT/PARTICIPACIÓN EN LA CORTE

Any prior criminal charges?/¿A tenido cargos anteriores? Yes/Sí No

If yes, list Charges, the Dates, County, State, and Outcome.
Si es así, nombre todos Sus Cargo Anteriores, Fechas, Condado, Estado y Resultado

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

You may use the other side of the paper if necessary/Puede utilizar el otro lado del papel si es necesario.

Have you previously been on probation?/¿A estado usted previamente en libertad condicional? Yes/SI No

If yes, where?/¿Si es así, en dónde? _____

EMERGENCY CONTACTS/CONTACTOS DE EMERGENCIA

Name/Nombre: _____ Relationship/Relación: _____
Home Phone/Teléfono De Casa: _____ Cell/Celular: _____
Address/Dirección: _____

Name/Nombre: _____ Relationship/Relación: _____
Home Phone/Teléfono De Casa: _____ Cell/Celular: _____
Address/Dirección: _____

The responses given are truthful to the best of my knowledge./Las respuestas dadas son veraces a lo mejor de mi conocimiento.

Signature/Firma

Today's Date/Fecha De Hoy

For Administrative Use Only:

Community Service Hours Ordered _____ x \$.60 per hour Workers' Compensation Fee = \$ _____

Date Paid: _____ Amount Paid: \$ _____ Receipt #: _____

Collected by: _____

Libertad Condicional del Condado Blaine
219 1st Avenue South
Hailey, ID 83333
Tel. 208-788-5528 Fax: 208-788-5541

ACUERDO PARA ADULTOS DE LIBERTAD CONDICIONAL SUPERVISADA

Iniciales

- Entiendo que estoy en libertad condicional supervisada por la corte, y que la libertad condicional supervisada es una alternativa de libertad del encarcelamiento bajo la supervisión de un oficial de libertad condicional designado por la corte.
- Entiendo que para evitar que cualquier ó todas las penalidades impuestas sean suspendidas, la oficina de libertad condicional exige que todo se debe seguir estrictamente. Ya sea una orden de arresto emitida, otras sanciones, ó los términos y condiciones de este período de prueba, según lo ordenado por la corte.
- Entiendo que debo comportarme de una manera cooperativa, cortés y de buenos modales en todo momento con el personal de libertad condicional y de la corte.
- Entiendo que tengo que respetar y obedecer todas las leyes y cumplir con cualquier petición legal de mi oficial de libertad condicional o agente del Departamento de Libertad Condicional del Condado de Blaine. Entiendo que si la policía me contacta, debo cooperar legalmente con ellos e inmediatamente revelar mi identidad verdadera y plena y que estoy en libertad condicional con la Oficina de Libertad Condicional del Condado de Blaine. Además, entiendo que debo notificar al departamento de libertad condicional dentro de 24 horas después de cualquier arresto, citatorio, accidente, o una advertencia por cualquier agente de policía.
- Entiendo que no puedo salir del Estado de Idaho sin antes obtener el consentimiento de mi oficial de libertad condicional y/o un representante del Departamento de Libertad Condicional del Condado de Blaine.
- Entiendo que soy responsable de los pagos de Supervisión de cada mes. El pago se debe hacer en la oficina del Secretario Magisterial (Magistrate Clerk's Office).
- Entiendo que debo atender a mis citas programadas mensualmente con mi oficial de libertad condicional por el resto de mi libertad condicional. Entiendo que el no hacerlo puede dar lugar a una violación de libertad condicional.
- Entiendo que voy a buscar y mantener un empleo y tendré al oficial de libertad condicional informado de cualquier cambio en el empleo.
- Entiendo que debo notificar inmediatamente al departamento de libertad condicional con respecto a cualquier cambio de dirección o número de teléfono.
- Entiendo que no puedo entrar en la oficina de libertad condicional bajo la influencia del alcohol o de cualquier sustancia ilegal. Si un representante del departamento de libertad condicional cree que estoy bajo la influencia, entonces cualquiera de lo siguiente puede ocurrir: se me pedirá que me valla de la oficina y tendré que programar otra cita. Se me pedirá someterse a una prueba de aliento o análisis de orina (con base en los términos de mi sentencia convicta). Las autoridades locales pueden ser contactadas.

He leído el acuerdo de libertad condicional o me lo han leído. Entiendo y acepto las condiciones de supervisión. Estoy de acuerdo en cumplir con los términos y condiciones descritos anteriormente y entiendo que el no hacerlo puede resultar en una violación de libertad condicional.

Firma del Cliente

Fecha

Firma del Oficial de Libertad Condicional

Fecha