

San Luis Obispo County Sheriff's Office

SOLICITUD PARA SENTENCIA ALTERNATIVA

Los programas de Detención Domiciliaria y Trabajo Alternativo son programas voluntarios disponible para reos con clasificación de mínima seguridad o como lo determine el personal de ASU. Los programas son un privilegio y no un derecho. Hay una cuota por día en cada uno de los programas de Sentencia Alternativa. La participación en los programas de Sentencia Alternativa en otros condados requiere autorización previa. Contacte a la unidad de ASU al (805) 781-4635 para verificar los condados aprobados. Es requerido que entienda y hable el inglés. Esta solicitud debe de ser completada en inglés. En caso de que califique es su responsabilidad de tener su propio intérprete (mayor de 18 años) en caso de que lo necesite para la entrevista. Es requerido que demuestre su habilidad de entender instrucciones en inglés durante la entrevista. Formas adicionales en inglés tendrán que ser completadas por usted después de la entrevista, su intérprete (mayor de 18 años) puede ayudarle a completar las formas.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

Detención Domiciliaria /Home Detención Program (HDP)

El programa de Detención Domiciliaria permite que una persona complete su sentencia en su lugar de residencia y siga trabajando. Mientras un reo este participando en el programa de Detención Domiciliaria no puede salir fuera del condado de San Luis Obispo.

ELIGIBILIDAD:

- Tener una sentencia de diez días (10) o más en la Cárcel del Condado de San Luis Obispo
- Su residencia debe ser accesible las 24 horas del día y debe de permanecer en su lugar de trabajo durante las horas de trabajo.
- Tener una línea telefónica en casa (teléfono residencial fija), AT&T / CHARTER. La línea telefónica no debe de tener funciones especiales: Bloqueador de llamada, desvío de llamada, llamada en espera.

Trabajo Alternativo / Alternative Work Program (AWP)

El programa de Trabajo Alternativo le permite a una persona trabajar ocho (8) horas en labor general por un día de crédito en cárcel.

ELIGIBILIDAD:

- Tener una sentencia de veinte (20) días o menos en la Cárcel del Condado de San Luis Obispo
- Estar libre de limitaciones físicas o médicos que te impidan levantar objetos pesados o trabajar.

¿COMO SOMETER UNA SOLICITUD?

Para poder participar en Detención Domiciliaria o Trabajo Alternativo usted debe de enviar lo siguiente:

1. Solicitud completa para programa de Sentencia Alternativa, y una copia de sus documentos de sentencia de la corte.
2. **Enviar un giro postal o un cheque de caja oficial de cualquier banco por la cantidad de setenta y cinco dólares (\$75) para cubrir el costo de solicitud.** El costo de solicitud debe ser pagado por giro postal o un cheque de caja oficial. **Cualquier otra forma de pago no será aceptada.** El pago debe ser a nombre de **"San Luis Obispo Sheriff's Alternative Sentencing Unit"** Asegúrense que el giro postal este completo y firmado o su solicitud será regresada. **El costo de solicitud no es reembolsable.**
3. Su solicitud y el costo de solicitud debe llegar a la oficina del Sheriff's Alternative Sentencing Unit por lo menos cuatro (4) semanas antes de su fecha de rendición.

Envía tu solicitud y costo de solicitud a:

San Luis Obispo County Sheriff's Office
Attention: Alternative Sentencing Unit

SOLICITUD PARA SENTENCIA ALTERNATIVA

INSTRUCCIONES: Completa la solicitud con pluma de tinta. Responde a todas las preguntas. Si alguna de tus respuestas requiere de más espacio, escribe en el espacio otorgado a final de la solicitud. **Asegúrate que tus respuestas sean claras y fáciles de leer.** Solicitudes que incluyan información que no se pueda verificar o falsa serán rechazadas. **Incluye una copia de los documentos de sentencia de la corte.**

Si calificas para el programa de Sentencia Alternativa serás asignado a Detención Domiciliaria o Trabajo Alternativo. Tu asignación es basada a la necesidad del departamento.

Nombre _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Dirección: (Calle, Ciudad, código postal) _____

Dirección para Correspondencia (si es diferente)

No. de Teléfono (Requerido) _____ Sexo (M/F) _____ No. Seguro Social _____

No. Celular _____ No. Tarjeta de Residencia _____

Fecha de Nacimiento _____ Ciudad/ Estado de Nacimiento _____

Color de Ojos _____ Color de Pelo _____ Estatura _____ Peso _____ Mano Dominante _____

No. Licencia _____ Estado de Licencia Vigente Suspendida Expirada Restringida

Tu Carro: Marca _____ Modelo _____ Color _____ No. Placa _____

Tu Carro: Marca _____ Modelo _____ Color _____ No. Placa _____

Tu Carro: Marca _____ Modelo _____ Color _____ No. Placa _____

=====

1. ¿Alguna vez as recibido un diagnostico de trastorno mental? Si/No _____
2. ¿Alguna vez se te ha recomendado algún tipo de procedimiento quirúrgico que todavía no se te ha realizado? ¿ Estas considerando alguna otra alternativa? Si/No _____
3. ¿Tienes algún tipo de lesión? Si/No _____
4. ¿Tienes algún tipo de limitación física que te impida trabajar en labor general? Si/No _____
5. ¿Sospechas que sufres de alguna condición médica o trastorno metal que todavía no ha sido diagnosticado? Si/No _____
6. ¿Estás tomando algún tipo de medicamento recetado por un doctor? Si/No _____
7. ¿Tienes una tarjeta para el uso de marihuana? Si/No _____

(Es un requisito estar libre de toda substancia ilicitica 30 días antes de empezar con el programa)

EXPLICACION A LAS PREGUNTAS QUE RESPONDIO CON "SI"

¿Estás recibiendo algún tipo de tratamiento médico? Si/No _____

Si, Nombre de Doctor _____ No. Teléfono _____

Dirección _____

Motivo de tratamiento _____

MUJERES SOLAMENTE: Estas embarazada? Si/No _____ ¿Has tenido un embarazo reciente? _____

Personas que viven en tu residencia _____ (lista)

| <u>Nombre</u> | <u>Relación</u> | <u>Fecha de Nacimiento</u> |
|---------------|-----------------|----------------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

¿Alguna de las personas que vive en tu residencia tiene una condena por delito grave? Si/No _____

¿Qué tipo de mascotas o animales hay en tu residencia o a su alrededor? _____

¿Qué tipo de armas o armas de fuego hay en tu residencia o a su alrededor? _____

¿Qué tipo de bebidas alcohólicas hay presente en tu residencia o alrededor? _____

¿Hay servicio de electricidad en tu residencia las 24 horas del día? Si/No _____

¿El servicio de teléfono residencial fija de tu casa tiene algunas de las siguientes funciones: Si/No _____

Bloqueador de llamada, desvío de llamada, llamada en espera?

¿ Trabajas fuera de tu residencia actualmente? Si/No _____ ¿Tienes más de un trabajo? Si/No _____

EMPLEADOR: Nombre de Compañía _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Teléfono _____

Fecha de Contratación _____

Días de descanso _____

Días de Trabajo _____

Deberes de trabajo _____

Salario por hora _____

Nombre de Supervisor _____

Cantidad de ingreso familiar al mes _____

Cantidad de pago en renta/hipoteca _____

Estudiante en Escuela/ Colegio? Si/No _____

Si, Nombre de escuela/colegio _____

Si estas inscrito a cursos académicos, envía una copia con esta solicitud de el registro del curso, numero del salón, horario del curso y nombre del profesor.

=====

Anteriormente has aplicado para Dentición Domiciliaria (HWP) / Trabajo Alternativo (AWP) Si/No _____ Fecha _____

¿Estás bajo la supervisión formal de Probación? Si/No _____ Nombre de Oficial _____

¿Estás bajo la supervisión formal de Parole? Si/No _____ Nombre de Oficial _____

1. ¿Tienes un caso criminal pendiente en la corte? Si/No _____

2. ¿Tienes un caso en cual estas esperando que te dicten sentencia? Si/No _____

3. ¿Alguna vez has faltado a una apariencia de corte? Si/No _____

4. ¿Alguna vez has faltado a una apariencia en la cárcel en tu fecha de rendición? Si/No _____

EXPLICACION A LAS PREGUNTAS QUE RESPONDIO CON "SI"

Lista los casos que estas solicitando servir bajo el programa de Sentencia Alternativa

| <u>No. Caso</u> | <u>Delito</u> | <u>Sentencia (Días)</u> | <u>Fecha de rendición</u> |
|-----------------|---------------|-------------------------|---------------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

¿Vas a solicitar que la Sentencia Alternativa sea transferida al condado donde vives? Si/No _____

Si ¿En que condado vives? _____ (Un costo de \$50 por transferir tu solicitud fuera del condado de San Luis Obispo será cargado a tu cuenta al tiempo de reserva).

Contacta a la unidad de ASU al 805-781-4635 para recibir la lista de los condados que son aprobados. **No todos los condados son aprobados.**

=====

Por favor revisa tu solicitud antes de enviarla. Si algunas de tus respuestas requieren de más espacio del disponible, utiliza el espacio en la siguiente página para completar tu respuesta. Responde a todas las preguntas. Si tu solicitud es aprobada y es asignada a un programa de Sentencia Alternativa, un oficial del programa se pondrá en contacto contigo para fijar una fecha y horario para una entrevista en persona para repasar tu solicitud y tu historial. No seguir las reglas y condiciones del Programa de Sentencia Alternativa puede ser motivo de encarcelamiento en la cárcel del condado sin previo aviso. **Todos los costos de solicitud son no reembolsables.** Si necesitan más información pueden llamar al 805-781-4635.

=====

Envía tu solicitud junto al pago por solicitud a:
San Luis Obispo County Sheriff's Office
Attention: Alternative Sentencing Unit
1585 Kansas Ave.
San Luis Obispo, Ca 93405

Es requerido enviar una copia de los documentos de sentencia de la corte.

=====

¿Usted a completado lo siguiente?

- Completado toda la solicitud
- Incluido el pago por solicitud de setenta y cinco dólares (\$75) en forma de giro postal (U.S post office) o cheque de caja oficial. **(Asegúrate que el giro postal esta firmado y completo, tu solicitud puede ser rechazada)**
- Incluido una copia de los documentos de sentencia de corte
- Confirmada la fecha de rendición: Mes _____ Día _____ Año _____. **Su solicitud y el costo de solicitud debe llegar a la oficina del Sheriff's Alternative Sentencing Unit por lo menos cuatro (4) semanas antes de su fecha de rendición.**

Entiendo que las respuestas e información en esta solicitud son verdaderas y correctas. Entiendo que si la información es incorrecta, incompleta, falsa es motivo para que mi solicitud sea rechazada para el programa de Sentencia Alternativa.

Firma: _____ Fecha: _____

ESPACIO PARA RESPUESTAS Y NOTAS

