

ADULT OFFENDER WORK PROGRAM APPLICATION

(Applicant to get copy of signed and initialed application)

Nombre completo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Numero de caso: _____

Direcciones: Correo _____

Residencia: _____

Correo electrónico (e-mail): _____

Teléfonos casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____ Mensaje: _____

Como se movilizara al trabajo (en el condado de Marin)? _____

Ocupación y talentos: _____ Ingreso mensual: _____

Si usted no trabaja como cubre sus gastos? _____

Recibe atención medica? SI No Describa: _____

Toma medicina? SI No Lístelas: _____

Tiene alguna limitación física que le impedirá hacer un trabajo activo durante la jornada de 8 horas?

SI No Describa: _____

Ha participado en este programa antes? SI No.

Necesita registrarse como ofensor sexual? SI No

Si usted esta aplicando para participar en AOWP y ha sido referido desde otro condado (caso de cortesía), usted debe proveer los datos de contacto del condado que lo envía el día de la orientación.

APLICO AL PROGRAMA DE TRABAJO PARA OFENSORES ADULTOS Y ENTIENDO LO SIGUIENTE

(Por favor marque sus iniciales en cada línea)

_____ \$75 costo de la aplicación y preparación de documentos para mi AOWP caso. Entiendo que este es un pago sin devolución.

_____ Entiendo que AOWP determinara el numero de días que deberé trabajar para completar my sentencia basado en la orden judicial y créditos recibidos en custodia. El costo del programa es de \$12 por cada día de AOWP trabajo, que deberá pagarse por adelantado el día de la orientación.

_____ Entiendo que debo asistir a la AOWP orientación, o no tendré libertad el día de la corte (si una emergencia previene mi asistencia a la orientación deberé llamar a la oficina de AOWP inmediatamente para obtener una nueva fecha si es posible).

_____ Entiendo que debo reportar mi condición física, heridas, enfermedades, o limitaciones que puedan afectar mi habilidad para el trabajo y deberé presentar la documentación medica requerida por el personal de AOWP.

_____ Entiendo que si no completo un día de trabajo por cualquier razon, debo llamar a la oficina de AOWP en 48 horas para dar una explicación. Soy responsable de esforzarme en contactar al personal de AOWP.

FALSIFICACION DE ESTE FORMULARIO PUEDE RESULTAR EN EL RECHAZO DE SU APLICACIÓN.

Certifico que la información es completa y verdadera.

Fecha: _____ Firma: _____