



**King County**  
**Department of Adult and Juvenile Detention**  
**Community Corrections Division**  
500 – 5<sup>th</sup> Avenue  
Seattle, WA 98104  
Phone: (206) 296-1240 / Fax (206) 296-1797

## **Electronic Home Detention Program Enrollment Packet**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha de cita para la entrevista de admisión:** \_\_\_\_\_

**Informe al Juzgados del Condado de King, Edificio Yesler 400 Yesler Way 2 Piso, Cuarto 260.**

**Usted debe hacer todo lo posible para mantener su cita programada. No hacerlo puede resultar en un retraso en la tramitación de su admisión a de la detención la electrónica domiciliaria.**

- Se adjuntan los formularios que usted debe traer a su entrevista de admisión. Por favor llene estos formularios como completa y exactamente como usted puede.
- Por favor traiga todos los documentos dados a usted por la corte, incluyendo una copia de la orden de internamiento para EHD y condiciones de Conducta firmado la orden.
- Si usted ha sido ordenado para el tratamiento, se le pedirá que indique el tipo de tratamiento, el nombre de su proveedor de tratamiento, su número de teléfono y número de fax. Por favor esté preparado para firmar un comunicado de información.
- En la entrevista de admisión:
  - Vamos a revisar su información personal y su elegibilidad.
  - Nos proporcionará y examinar con ustedes la Información participante de EHD y el guía.
  - Se le dará una fecha de informe para informarse a la oficina de EHD (Que será en o antes de la fecha ordenada por la Corte).

**No traigan a los niños a su entrevista, ya que no están permitidas dentro de las oficinas de EHD.**



**King County**  
**Department of Adult and Juvenile Detention**  
**Community Corrections Division**  
500 – 5<sup>th</sup> Avenue  
Seattle, WA 98104  
Phone: (206) 296-1240 / Fax (206) 296-1797

## **AVISO A TODOS LOS POSIBLES SOLICITANTES DE EHD**

La ley del estado de Washington exige que el departamento de DAJD haga visitas aleatorio en persona a todos los participantes del EHD. No vamos dentro de tu casa ni tocamos su puerta.

Si es aceptado en el programa, se espera que usted coopere con la casa/trabajo de visitas aleatorias. Asignada a su trabajador social le explicará esto con más detalle una vez aceptado en el programa de EHD.



**King County**  
**Department of Adult and Juvenile Detention**  
**Community Corrections Division**  
 500 – 5<sup>th</sup> Avenue  
 Seattle, WA 98104  
 Phone: (206) 296-1240 / Fax (206) 296-1797

## Hoja de Información Personal

<b>Nombre Completo:</b>	
Calle dirección/Apto:	Teléfono#
Ciudad/Estado	Código de Estado

<b>Esposo/a -Compañero</b>	Teléfono#
Calle dirección/Apto:	Código de Estado
Ciudad/Estado	
Lugar de trabajo	

<b>Papa/Mama</b>	
Calle dirección/Apto:	Teléfono#
Ciudad/Estado	Código de Estado
Lugar de trabajo	

<b>Referencia Personal:</b>	
Calle dirección/Apto	Teléfono#
Ciudad/Estado	Código de Estado
Lugar de trabajo	

**Proporcionar información insuficiente, inexacta o falsa es causa de inelegibilidad, denegación y/o eliminación del programa.**

Participante atesta:

Fecha:

Presenciado:



**King County**  
**Department of Adult and Juvenile Detention**  
**Community Corrections Division**  
 500 – 5<sup>th</sup> Avenue  
 Seattle, WA 98104  
 Phone: (206) 296-1240 / Fax (206) 296-1797

## Divulgación de Información Personal

Yo, \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

También conocido como (alias): \_\_\_\_\_

Autorizar (Persona / Instalaciones): \_\_\_\_\_

Dirección (persona / Instalaciones): \_\_\_\_\_

Para liberar al (Programa / Nombre de trabajador social) \_\_\_\_\_

Dirección (del Programa) \_\_\_\_\_

Proporcionaré los siguientes registros personales durante el periodo de: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_/ \_\_\_\_ to \_\_\_\_/ \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Informe de exámenes / tratamiento  Notas de progreso

Resumen de descarga  Empleo \_\_\_\_\_

Escuela Superior / colegio técnico Horario de Clases  Otros: \_\_\_\_\_

Con el fin de \_\_\_\_\_

Este consentimiento incluye / excluye (verificar en cada área) la publicación de información relativa a:

- |                                  |                                  |  |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> excluye | <input type="checkbox"/> incluye | Abuso de drogas o alcohol, el diagnóstico o el tratamiento |
| <input type="checkbox"/> excluye | <input type="checkbox"/> incluye | Atención Psiquiátrica / tratamiento de salud mental        |
| <input type="checkbox"/> excluye | <input type="checkbox"/> incluye | Tratamiento de la violencia doméstica                      |
| <input type="checkbox"/> excluye | <input type="checkbox"/> incluye | Tratamiento Deviancy Sexual                                |
| <input type="checkbox"/> excluye | <input type="checkbox"/> incluye | Declaración de Aptitud Física                              |

Autorizo a King County Community correcciones trabajador social personal de hacer cualquier contacto e investigación necesarios, para confirmar la información que he proporcionado en el proceso de solicitud de participación en el programa de correcciones de la Comunidad.

Entiendo que los registros están protegidos por normas de confidencialidad, y los registros que contienen información sobre abuso de drogas y/o alcohol que son creados por el abuso de alcohol y un programa de prevención del uso indebido de drogas están protegidos por leyes federales de confidencialidad (42 CFR parte 2) y la ley del estado. Yo entiendo que dice registros que contienen información sobre el diagnóstico, tratamiento o referencia de problemas de abuso de alcohol y drogas no puede ser revelada sin mi consentimiento por escrito, y que aquellos que reciben esta información tienen prohibido volver a revelar estos registros a menos que esté expresamente permitido por mi consentimiento por escrito.

Este consentimiento expira al término de mi participación en el centro de la Comunidad para el programa alternativo, la comunidad electrónica, la detención domiciliaria. La participación en este programa vence el \_\_\_\_\_ (Proporcionar tengo derecho a todo buen tiempo créditos). Si la autorización no contiene una fecha de caducidad, caduca 90 días después de que se haya firmado.

\_\_\_\_\_  
La firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo



**King County**  
**Department of Adult and Juvenile Detention**  
**Community Corrections Division**  
 500 – 5<sup>th</sup> Avenue  
 Seattle, WA 98104  
 Phone: (206) 296-1240 / Fax (206) 296-1797

## **La detención domiciliará electrónica Participante acuerdo de Escape**

Escapar de la detención domiciliaria electrónica se considera un delito y se toma en serio. Resúmenes de las leyes de escapar que se aplican a los participantes EHD se exponen a continuación. Electrónica de detención domiciliaria es una alternativa a la cárcel de confinamiento parcial bajo la ley estatal. Custodia significa moderación en virtud de una orden de la corte. Por lo tanto, si se escapa de EHD, se está escapando de la prisión. Si está lejos de su residencia en un pase autorizado, aún se encuentra en prisión por los propósitos impuestos por la ley. Si usted no puede regresar a su residencia en el toque de queda designado, o bien puede dejar su residencia sin autorización, puede considerarse que han escapado de la custodia.

### **RCW 9A.76.110 Escape en el 1 Grado**

- Si a sabiendas huyes de la custodia en un centro de detención mientras estaba detenida en virtud de una condena por un delito es grave delito.
- Escapar en el primer grado es una felonía clase B.

### **RCW 9A.76.120 Escape en el 2nd Grado**

- Si a sabiendo escapas de un centro de detención (en régimen de detención preventiva o condenadas por un delito grave o delito menor), o **Si a sabiendo escapas de prisión mientras se encontraban detenidos y han sido acusados de un delito.** Escapada en el segundo grado es un delito clase C.

### **RCW 9A.76.130 Escape en el 3 Grado**

- **Si se escapa de prisión mientras se encontraban detenidos y han sido acusados de un delito grave o delito menor, o Si a sabiendo violan los términos de su programa de vigilancia electrónica.** Escapar en el tercer grado es un delito, a menos que previamente ha sido convicta de escape (podría ser una grave falta o delito de Clase C).

Yo, \_\_\_\_\_, como participante en el condado de King Programa Electrónico de detención domiciliaria, reconocen que comprendo plenamente las reglas del programa EHD, y lo que significa escapar de la detención domiciliaria programa electrónico, y las consecuencias de este. También reconozco que he leído y entendido el RCW arriba (9A.76.110, 9A.76.120, y 9.A.76.130). Entiendo que, si no cumplo, voy a ser acusado de escapar de lo establecido en el RCW y será procesado por dicho delito.

\_\_\_\_\_  
 Firma

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Testigo

\_\_\_\_\_  
 Fecha



**King County**  
**Department of Adult and Juvenile Detention**  
**Community Corrections Division**  
500 – 5<sup>th</sup> Avenue  
Seattle, WA 98104  
Phone: (206) 296-1240 / Fax (206) 296-1797

## **PARTICIPANTE EHD CONDICIONES DE ACUERDO**

Yo, \_\_\_\_\_, voluntariamente y con pleno conocimiento de las reglas del programa y las restricciones, acepto participar en el Departamento de Electrónica de detención de menores y adultos programa de detención (EHD). Por la presente me comprometo a seguir todas las reglas del programa y las condiciones de este acuerdo. Tengo entendido que el incumplimiento de cualquiera de las reglas o condiciones del programa resultará en una acción disciplinaria contra mí, que pueden incluir la eliminación del programa, el encarcelamiento por el resto de mi sentencia y/o la presentación de cargos penales contra mí.

1. Entiendo que mi participación en este programa requiere que yo sea administrativamente reservamos en la cárcel del condado de King antes de mi colocación en EHD.
2. Entiendo que una tobillera no removida supervisará mi participación en este programa. Esta tobillera no removida de sistema es para ser usado durante 24 horas al día durante todo el tiempo de mi participación en el programa. Además, entiendo que mi movimiento será supervisado por dispositivos electrónicos operados por BI Inc., del Departamento de Educación de Adultos y la detención de menores designados.
3. Debe tener un teléfono celular o teléfono de casa donde EHD personal puede llegar a usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Usted también debe tener enchufe para que el dispositivo puede estar conectado las 24 horas del día, 7 días a la semana (se requiere que no sea ininterrumpida). En el caso no hay buen servicio celular donde usted vive, usted deberá tener un teléfono fijo.
4. Todos los gastos de los adaptadores especiales necesarios para la instalación del equipo electrónico pueden ser cargado a mí.
5. Me comprometo a no alterar, desconectar, mover o eliminar cualquier del equipo de vigilancia, (incluyendo el teléfono y cables de alimentación), asignado a mí. Entiendo que la alteración o eliminación de cualquier equipo de vigilancia se considera una base para la acusación de intención criminal (Escape), y/o expulsión del programa EHD.
6. Entiendo que la pérdida de una recepción de señal o la recepción de una señal de sabotaje por el dispositivo de monitorización se considerará que me han violado mi toque de queda, y además entiendo que cualquier ordenador impresión de violación información, o un fax copia de estos, pueden ser utilizados como evidencia, según sea necesario, para demostrar la existencia de la violación.



**King County**  
**Department of Adult and Juvenile Detention**  
**Community Corrections Division**  
500 – 5<sup>th</sup> Avenue  
Seattle, WA 98104  
Phone: (206) 296-1240 / Fax (206) 296-1797

7. Si me doy cuenta de que ninguno de los equipos electrónicos asignados a mí impide realizar o se rompe, o en caso de una falla de energía al teléfono en mi domicilio, me notificará inmediatamente al personal del programa cada vez más conscientes de esta situación.
8. Me comprometo a responder dentro de un tiempo de 20 minutos para todas las llamadas de teléfono o correo electrónico. Yo entiendo que todas las llamadas hechas por el equipo de vigilancia se registran.
9. Me comprometo a no cambiar mi residencia o mi número de teléfono durante toda la duración de mi participación en este programa sin permiso, en anticipación del personal del programa.
10. Estoy de acuerdo además que los gastos incurridos en el traslado y/o reestablecer la vigilancia electrónica será mi responsabilidad.
11. Me comprometo a todas las restricciones sobre el toque de queda durante mi participación en este programa. Entiendo que soy para permanecer en mi residencia en todo momento, excepto durante las horas designadas para mí para salir a cumplir con mi trabajo, escuela/capacitación, citas con el médico/dentista, y/o por especial licencia autorizada.
12. Entiendo que para cualquier cambio rutinario a mi horario de toque de queda aprobado será mi responsabilidad de contacto asignado personal apropiado antes de desviarse de mi toque de queda autorizado para tener el cambio aprobado y ejecutado. En no hacerlo puede resultar en una violación de mi toque de queda y la posible acción disciplinaria. Los cambios de rutina incluyen, pero no están limitadas a, cambios en la programación debido a trabajar horas extraordinarias, citas con el médico/dentista, cambio de horas/días de trabajo, etc.
13. En caso de emergencia durante el horario laboral (8:00AM-4:00PM) llamare a mi trabajador social. Si tiene una emergencia después de las 4:00PM, llamare a la línea de emergencia de las horas posteriores a 206-477-5506 y dejare un mensaje en caso de que tenga que salir de mi casa sin permiso por una emergencia.
14. Estoy de acuerdo en informar a la Programa de EHD por cualquier incidente en mi residencia donde la policía, los bomberos o unidades médicas de emergencia están llamados a responder, o donde la seguridad personal está en peligro.
15. Me comprometo a informar a la oficina del Programa de EHD establecido por regular, o cuando sea solicitado por el personal. Si la visita es por personal especial solicitud, le será proporcionado con el suficiente tiempo de viaje en la que me espera que el informe.



**King County**  
**Department of Adult and Juvenile Detention**  
**Community Corrections Division**  
500 – 5<sup>th</sup> Avenue  
Seattle, WA 98104  
Phone: (206) 296-1240 / Fax (206) 296-1797

16. Estoy de acuerdo en informar al personal todos los medicamentos que se pueden prescribir para mí durante mi participación. Estoy de acuerdo en presentar al alcohol y/o las pruebas de detección de drogas cuando se solicite.
17. Estoy a seguir c empleo, escuela, formación, médicos y/o plan de tratamiento que han sido aprobados como condición de mi aceptación en el programa.
18. Entiendo que el personal del programa EHD pueden ponerse en contacto con mi empleador, instructor/terapia con el fin de monitorizar mi progreso.
19. Entiendo que mi participación en el programa de EHD es contingente sobre mi pagando una cuota del programa asignado. Estoy de acuerdo en pagar esta tarifa sobre una base regular, según lo estipulado por el trabajador social. Este honorario es pagado por giro postal, cheque certificado o sólo en efectivo. Todos los pagos se pueden hacer en el quiosco situado en el vestíbulo de la cárcel del condado de King.
20. Comprendo que será evaluado plenamente los costos por el Departamento de Educación de Adultos y centros de detención de menores, por la pérdida o daño de cualquier equipo de vigilancia electrónica asignada a mí. (Los costes de sustitución de las cuotas me estará acorde con el valor corriente de mercado de los equipos). Además, entiendo que puedo ser castigados con todo el rigor de la ley por el robo y/o daños de cualquier equipo de vigilancia electrónica asignada a mí y si no lo devuelven.
21. Tengo entendido que en cualquier momento puedo estar sometido a someterse a un análisis de orina o una prueba de alcoholemia como dirigido por orden judicial. Además, si me niego o no proporcionar una muestra dentro del período, he instruido será colocado administrativamente en custodia.
22. Entiendo que puedo ser restringida a ciertas zonas de mi residencia o edificio, si no puedo ser monitoreados en esas zonas. Incapacidad para mantener fuera de estas áreas pueden ser la base para la eliminación de la detención domiciliaria Programa Electrónico.

Las condiciones anteriores han sido leídas por o a mí, les comprendo y haber recibido una copia de ellos, y estoy de acuerdo en regirse por ellas.

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_





**King County**  
**Department of Adult and Juvenile Detention**  
**Community Corrections Division**  
 500 – 5<sup>th</sup> Avenue  
 Seattle, WA 98104  
 Phone: (206) 296-1240 / Fax (206) 296-1797

## **Excepciones de Toque de Queda**

Programas Correccionales comunitarios son un sustituto de la cárcel. Usted ha sido condenado a cumplir su sentencia en el hogar y mientras participa en detención domiciliaria Electrónica (EHD), Sus movimientos dentro y fuera de su casa será restringida y no se le permitirá entrar y salir tan libremente como lo deseen.

Toque de queda excepciones son aquellos eventos (citas odontológicas, corte de cabello, lavandería, etc.) que se producen en una sola vez, en lugar de regular y para que el personal debe ser notificado. Si la sentencia es de 30 días o menos usted debe presentar todas las excepciones de toque de queda de rutina en el momento en el que se anotan en el programa. **NO hay excepciones una vez que están en el programa, excepción para emergencias genuina, como emergencias médicas.**

**Los Cambios de Pases Especiales y los Toques de Queda:** Todos los pases, cambios de horarios, etc. debe ser llamado en un mínimo de dos (2) días antes de tiempo, de acuerdo con la política esbozada en el párrafo anterior. Las excepciones se limitan a las emergencias médicas y la policía.

**Autorización De Horas Extra:** Las horas extra no previamente aprobados por su trabajador social, requiere de verificación por devolución inmediata a su empleador listados de contacto y número de contacto. Por favor, tenga esta información a mano cuando llame al número de emergencia para solicitar horas extra emergentes. Recuerde: **SI NO PODEMOS LLEGAR A SU EMPLEADOR EN LA LISTA DE NÚMEROS DE CONTACTO**, usted no puede trabajar horas extra.

**Pases De Compras y Visitas al Oficina:** Estos dos tipos de pases sólo pueden ser arregladas o alterado por su trabajador social. Los cambios en estos pases programados no se concederán a menos que la necesidad para el cambio es emergente.

**Enfermedad Personal o Familiar:** Si te quedas en casa desde el trabajo, la escuela u otros destinos autorizados debido a enfermedad, debes llamar al teléfono de su trabajador social asignado.

Participación en EHD es tribunal ordenó y requiere un alto nivel de responsabilidad de los participantes. Su cooperación con estos procedimientos ayudará a asegurar su participación en el programa sea exitoso.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Cliente: Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del Personal: Fecha



**King County**  
 Department of Adult and Juvenile Detention  
 Community Corrections Division  
 500 – 5<sup>th</sup> Avenue  
 Seattle, WA 98104  
 Phone: (206) 296-1240 / Fax (206) 296-1797

**Electronic Home Detention (EHD)**  
**Formulario Información de la Empresa**  
**Sólo se llenará por el empleador**

<b>Nombre del Empleado:</b>		<b>Fecha que comenzó a trabajar:</b>	
<b>Nombre de la Empresa:</b>		<b>Teléfono de la Empresa:</b>	
<b>Nombre del Supervisor:</b>		<b>Título:</b>	<b>Teléfono de Supervisor:</b>
<b>La Dirección de la Empresa</b>			
<b>Dirección de Obra:</b>		<b>Obra Teléfono:</b>	

**Información Salarial**

Base de pago: \_\_\_ Por Hora \_\_\_ Semanal \_\_\_ Quincenal \_\_\_ Mensualmente \_\_\_\_\_  
 Fecha de pagos: \_\_\_\_\_ Fecha de la última fecha de pago \_\_\_\_\_  
 Tipo de pago: Cheque \_\_\_\_\_ Depósito directo \_\_\_ Tarjeta de Débito \_\_\_\_\_

**Horario de Trabajo**

El participante del programa de trabajo debe ser aprobados previamente y será revisado en una base de caso por caso. ¿El programa del empleado varía de una semana a otra? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, por favor describe el horario de trabajo: \_\_\_\_\_

Si el programa de empleados sigue siendo el mismo cada semana, por favor complete el siguiente calendario de trabajo:

Día de la semana	Hora de Comienzo	Hora de Finalización	Total, de Horas
Domingo			
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			
Horas totales de Trabajo			

¿El empleado está obligado a conducir un vehículo en el trabajo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿El empleado está obligado a abandonar el lugar de trabajo en cualquier momento? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es sí, por favor explicar: \_\_\_\_\_

<b>Firma del Supervisor:</b>	<b>Fecha:</b>
------------------------------	---------------



**King County**  
**Department of Adult and Juvenile Detention**  
**Community Corrections Division**  
 500 – 5<sup>th</sup> Avenue  
 Seattle, WA 98104  
 Phone: (206) 296-1240 / Fax (206) 296-1797

**Electronic Home Detention (EHD)**  
**Formulario para Devolver y Asignación de Equipos**

Los siguientes equipos de vigilancia electrónica han sido asignado y recibidos por mí (el programa participante):

**El Número de Monitor:**

\_\_\_\_\_

**El Número de Transmisor:**

\_\_\_\_\_

Este equipo es propiedad de BI Incorpórate (BI, Inc.) y ha sido debidamente asignados a mí por BI Inc. y el rey County Departamento de adultos y menores detenidos (DAJD) que está supervisando mi pena de vigilancia electrónica.

He de reconocer que soy consciente de que el equipo es valioso (con un valor aproximado de \$3000.00, Monitor y transmisor). Entiendo que tengo la responsabilidad jurídica y financiera para el equipo hasta que se devolverán y recibidos por BI, Inc. o DAJD. Soy consciente de mi responsabilidad de cuidar de esta propiedad al mejor de mi habilidad. Voy a informar de problemas o daños al equipo de inmediato al personal del programa.

Soy consciente de mi responsabilidad de cuidar de esta propiedad al mejor de mi habilidad. Voy a informar de problemas o daños al equipo de inmediato al personal del programa.

Reconozco que es mi responsabilidad para reembolsar DAJD y/o BI, Inc., (como se indica) por la pérdida o daños al equipo. Si no me devuelven el equipo intacto a la demanda o al término de mi mandato de supervisión (lo que ocurra primero), reconozco que va a ser acusado de delito grave de robo.

El Equipamiento Recibido por:

Imprimir nombre: \_\_\_\_\_

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

El Equipamiento Recibido por:

Firma del Personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**King County**  
**Department of Adult and Juvenile Detention**  
**Community Corrections Division**  
500 – 5<sup>th</sup> Avenue  
Seattle, WA 98104  
Phone: (206) 296-1240 / Fax (206) 296-1797

## **Electronic Home Detention (EHD)**

### **Instrucciones Para Devolver El Equipo**

**Por su fecha de lanzamiento, póngase en contacto con su trabajador social**

#### **En su fecha de lanzamiento**

- Comuníquese con su trabajador social para confirmar liberación 1-2 días antes.
- Desenchufe el monitor a las 8:00 am.
- Empaquetar todos los cables (un cable telefónico, un cable de alimentación) y el lugar junto con el monitor en una bolsa de plástico
- Informe a pensar la cárcel del condado de King para procesar su liberación a las 10AM. Después de la publicación de la cárcel se:

Informe al Juzgados del Condado de King  
Yesler 400 Yesler Way 2<sup>nd</sup> Piso, Cuarto 260.  
Seattle WA. 98104  
206-296-1240

- Si usted es liberado por la cárcel durante horas laborables de (lunes a viernes 8AM-4:00PM), venga a nuestra oficina situada en 400 Yesler Way Seattle (2 cuadras sur de la cárcel del condado de King) a las 11am después de su liberación. Si te liberara la cárcel después de las 3pm, los oficiales recibirían tu equipo.

**He recibido una copia de este formulario, acepto y entiendo las instrucciones descritas anteriormente.**

Firma del Participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**King County**  
**Department of Adult and Juvenile Detention**  
**Community Corrections Division**  
500 – 5<sup>th</sup> Avenue  
Seattle, WA 98104  
Phone: (206) 296-1240 / Fax (206) 296-1797

## **La Detención Domiciliaria Electrónica Solicitante Instrucciones de como Reportarse**

He oído que estoy de acuerdo con las siguientes condiciones de mi aceptación en el programa de Electrónica Detención Domiciliaria (EHD) en el condado de King:

Me comprometo a reportarme \_\_\_\_\_ a las **8:00 AM** a la oficina del Condado de King, Edificio Yesler 400 Yesler Way 2<sup>nd</sup> Piso, Cuarto 260 Seattle WA. 98104.

Hay me darán instrucciones sobre cómo completar el proceso de que se produce en la cárcel correccional del Condado de King. Si dejo de aparecer, el tribunal será notificado.

Me comprometo a llevar sólo aquellos elementos de propiedad permitido por las reglas de EHD y enumerados en la EHD Datos del participante.

**Cuando me reporte, voy a estar completamente sobrio Tengo entendido que el consumo de alcohol o la ingestión de cualquier tipo de drogas o sustancias estupefacientes antes de hacer la reserva, si se ha detectado por el personal, tendrá como resultado la denegación de admisión al programa y puede resultar en otra acción disciplinaria.**

Firma del Participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Trabajador Social Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Trabajador Social Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**King County**  
**Department of Adult and Juvenile Detention**  
**Community Corrections Division**  
500 – 5<sup>th</sup> Avenue  
Seattle, WA 98104  
Phone: (206) 296-1240 / Fax (206) 296-1797

## **La Detención Domiciliaria Electrónica Página de Firma**

El Nombre del Participante (Impresa) \_\_\_\_\_

Al firmar este documento, entiendo las reglas descritas anteriormente y las consecuencias de no seguir las reglas. Voy a ser respetuoso de los demás, bienes, instalaciones, y yo. Mi trabajador social ha examinado los siguientes conmigo:

- Electrónica Detención Domiciliaria Acuerdo Financiar
- Electrónica Detención Domiciliaria Participante el Acuerdo de Escapar
- Electrónica Detención Domiciliaria Participación el Acuerdo de Condiciones
- Expectativas de Toque de Queda
- Información del Empleador
- Asignación de Equipos
- Instrucciones para Liberar y Devolver el Equipo
- Instrucciones de Reportarse

Es mi responsabilidad leer el paquete de Inscripción Electrónica de Detención Domiciliaria a fondo y pedir a mi trabajador social pregunta si no entiendo algo. Tengo entendido que el incumplimiento de las normas y procedimientos de King County Electrónica detención domiciliaria podría resultar en mi la terminación del programa.

Firma del Participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Trabajador Social firma: \_\_\_\_\_

Servicios de interpretación suministrados:

Nombre de intérprete(impreso): \_\_\_\_\_

Firma de intérprete: \_\_\_\_\_