



San Diego County SHERIFF'S DEPARTMENT

APLICACIÓN PARA SUPERVISION ELECTRONICA DE CPAC

MARQUE TODO LO QUE SOLICITA: <input type="checkbox"/> Detención en el Hogar <input type="checkbox"/> Centro de Reingreso Residencial y Permiso de Trabajo <input type="checkbox"/> Revisión preliminar ordenada por la corte para los programas de CPAC			
MARQUE CUAL APPLICA: <input type="checkbox"/> Número de reserva del recluso bajo custodia: <input type="checkbox"/> Número de caso del solicitante fuera de custodia:			
Apellido:		Nombre:	
		Segundo Nombre:	
Dirección de correo electrónico personal:			
Anote la dirección y número de teléfono donde piensas vivir mientras estes en detención en el hogar:			
Domicilio:			Número de apartamento:
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Teléfono de Casa: ()		Teléfono Celular: ()	
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa):	Ciudad de Nacimiento:	Estado:	País:
Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a		
Altura:	Peso:	Color de Pelo:	Color de Ojos:
Número de licencia de conducir:	Estado:	Fecha de vencimiento (mm/dd/aaaa):	
Estatus de licencia de conducir: <input type="checkbox"/> Válida <input type="checkbox"/> Suspendida/Restringida <input type="checkbox"/> Caducada <input type="checkbox"/> Ninguna			
Marca de vehículo :		Modelo:	Año:
Color del vehículo:		Número de placa:	Estado:
Empleado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Empleadores:		Título del trabajo y funciones:
Domicilio del trabajo:		Ciudad, Estado, Código Postal:	
Número de teléfono del trabajo:()		Número de fax del trabajo: ()	
Apellido del médico:		Nombre:	Número de teléfono de la oficina:
Anote todos los medicamentos prescritos (adjunte hojas adicionales si necesitas más espacio):			
1. Nombre de receta:		Dosis:	
2. Nombre de receta:		Dosis:	
3. Nombre de receta:		Dosis:	

[Continue to Page 2]

APLICACIÓN PARA SUPERVISION ELECTRONICA DE CPAC

Página 2

Anote todos los convivientes que van a vivir con usted (adjunte hojas adicionales si necesita más espacio):			
1. Nombre Completo (Apellido, Primer, Segundo):		Relación:	Número de contacto: ()
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa):	Número de licencia de conducir:		Estado:
2. Nombre Completo (Apellido, Primer, Segundo):		Relación:	Número de contacto: ()
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa):	Número de licencia de conducir:		Estado:
3. Nombre Completo (Apellido, Primer, Segundo):		Relación:	Número de contacto: ()
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa):	Número de licencia de conducir:		Estado:
Anote todos los miembros de familia inmediata (es decir, madre, padre, hermano/a, esposo/a, hijo/a, etc.) que NO viven con usted (adjunte hojas adicionales si se necesita más espacio):			
1. Apellido:		Nombre:	Initial del Segundo Nombre: Relación:
Domicilio:			Número de apartamento:
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Teléfono de Casa: ()		Teléfono Celular: ()	
2. Apellido:		Nombre:	Initial del Segundo Nombre: Relación:
Domicilio:			Número de apartamento:
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Teléfono de Casa: ()		Teléfono Celular: ()	
3. Apellido:		Nombre:	Initial del Segundo Nombre: Relación:
Domicilio:			Número de apartamento:
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Teléfono de Casa: ()		Teléfono Celular: ()	

* **Aplicaciones previamente revisadas** se envían por fax a (858)505-6886 o por correo electrónico a cpacstar@sdsheriff.org

* **Todas las demás aplicaciones** se envían por fax a (858)505-9757 o por correo electrónico a cpac@sdsheriff.org

Nota: Si se aprueba la solicitud de preselección, el juez de condena debe seguir remitiendo al CPAC. Una vez que CPAC recibe la verdadera remisión judicial, se debe completar un chequeo de residencia y la residencia del participante debe cumplir con los requisitos de CPAC antes de ser oficialmente aceptada en CPAC.

Un solicitante que salga positivo en el análisis de alcohol o drogas en su fecha "de reporte" podría ser descalificado para los programas de CPAC y ser remitido a la custodia.

Declaro que las declaraciones en esta aplicación son verdaderas. Cualquier respuesta falsa puede resultar en la negación de mi aplicación.

Firma del Solicitante

Fecha (mm/dd/aaaa)