



SERVICIOS PENITENCIARIOS DE LA COMUNIDAD DEL CONDADO DE BENTON
 DIVISIÓN DE LIBERTAD CONDICIONAL Y LIBERTAD A PRUEBA
 FORMULARIO DE INFORME MENSUAL



NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA: _____

MI FUNCIONARIO DE LIBERTAD A PRUEBA ES: _____

ENTREGADO PARA EL MES DE: _____ DE 20 _____

EMPLEO/EDUCACIÓN

EMPLEADOR/ESCUELA: _____ HORARIO: _____
 DIRECCIÓN: _____ SALARIOS: _____
 TELÉFONO: _____ OTROS INGRESOS: _____
 ¿EL EMPLEADOR CAMBIÓ? SÍ NO SI LA RESPUESTA ES "SÍ", EXPLIQUE: _____

TRATAMIENTO/ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO/CONSUMO DE SUSTANCIAS (ALCOHOL, DROGAS, SALUD MENTAL, ANTABUSE, ETC.)

NOMBRE DE LA AGENCIA: _____ ÚLTIMA CITA: _____
 NOMBRE DEL ASESOR: _____ PRÓXIMA CITA: _____
 *¿HA CONSUMIDO DROGAS O ALCOHOL EN EL ÚLTIMO MES? SÍ NO
 SI LA RESPUESTA ES "SÍ", EXPLIQUE: _____
 ¿FALTÓ A ALGUNA CLASE O CITA? SÍ NO SI LA RESPUESTA ES "SÍ", EXPLIQUE: _____

DESDE EL ÚLTIMO INFORME	OBLIGACIONES FINANCIERAS
HORAS DE SERVICIO COMUNITARIO COMPLETADAS: _____	TIPO TARIFAS DE POLÍGRAFO/TRATAMIENTO: \$ _____
DÍAS DEL EQUIPO DE TRABAJO COMPLETADOS: _____	RESTITUCIÓN: \$ _____
AGENCIA EN LA QUE TRABAJA: _____	PAGOS DE TRIBUNAL: \$ _____
	MANUTENCIÓN INFANTIL: \$ _____
	OTRO: \$ _____
	EXPLIQUE: _____
¿TUVO CONTACTO CON LA POLICÍA? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI LA RESPUESTA ES "SÍ", EXPLIQUE: _____

INFORMACIÓN PERSONAL

DIRECCIÓN: _____ NOMBRE DE LAS DEMÁS PERSONAS QUE VIVEN EN SU HOGAR: _____
 MARQUE SI LA DIRECCIÓN ES NUEVA:
 DIRECCIÓN POSTAL: _____ VEHÍCULOS A LOS QUE TENGA ACCESO:
 MARQUE SI LA DIRECCIÓN POSTAL ES NUEVA: MARCA: _____
 NÚMERO DE TELÉFONO: _____ N.º DE MATRICULA: _____ COLOR: _____
 MARQUE SI EL NÚMERO ES NUEVO: SEGURO: _____
 DE CORREO ELECTRÓNICO: _____ MARCA: _____
 N.º DE MATRICULA: _____ COLOR: _____
 SEGURO: _____
 ¿SUBSIDIADO POR EL HUD? SÍ NO ¿CUPONES PARA ALIMENTOS? SÍ NO ¿OHP? SÍ NO
 ¿HAY ALGO EN PARTICULAR SOBRE LO QUE DESEE HABLAR HOY? _____

FIRMADO: _____ FECHA DE HOY: _____