

Nombre: _____

Número de DOC: _____

Entiendo que mi colocación en estado de Alternativa para la Crianza de los Hijos de Correcciones Comunitarias (CPA, por sus siglas en inglés) /Reingreso Graduado es un privilegio que puede ser revocado por el Administrador Principal de Reingreso. Entiendo que cualquier violación de las condiciones de detención domiciliaria, o de conducta o actividad que refleje un desprecio por los derechos de los demás, será causa suficiente para revocar mi detención domiciliaria y/o terminar la participación en CPA/Reingreso Graduado.

Entiendo y estoy de acuerdo con acatar las siguientes condiciones:

1. Residiré en mi residencia aprobada: _____
2. Me comportaré de una manera legal.
3. Voy a usar mi dispositivo de monitoreo electrónico, según lo dispuesto, seguiré los procedimientos indicados, y cumpliré con cualquier restricción de acceso a teléfono y computador tal como se aplican a los requisitos de los dispositivos de vigilancia.
4. Voy a aceptar visitas de empleados del Departamento a mi lugar de trabajo, hogar, escuela, tratamiento, etc.
5. Me reportaré a mi administrador de casos como se indica.
6. Continuaré el tratamiento de salud mental, tratamiento por abuso de sustancias, y/u otros requisitos de programación.
7. No voy a ser el propietario o poseeré ningún arma mortal o munición o a sabiendas estaré en compañía de una persona que posea las mismas.
8. Permaneceré constantemente empleado(a) y no cambiaré de empleo sin la aprobación previa de mi administrador de caso.
9. No voy a sabiendas, a asociarme con personas que tengan antecedentes penales o frecuentaré lugares donde se realizan actividades ilegales.
10. No voy a beber bebidas alcohólicas de ningún tipo, ni entraré a ningún establecimiento como bares o tiendas de licores donde la venta y/o el consumo de bebidas alcohólicas en el local es el negocio principal del establecimiento.
11. No voy a consumir o poseer marihuana o frecuentaré ningún establecimiento donde la marihuana es el principal producto para la venta. El proceso para el uso médico de marihuana se describe en la política DOC 620.380 Uso médico De marihuana Para Internos.
12. No consumiré o poseeré narcóticos u otras sustancias controladas, excepto cuando estén médicamente autorizadas, o estaré en presencia de personas que posean las mismas. Informaré a los profesionales médicos de cualquier adicción que yo pueda tener.

13. Permaneceré en mi lugar de residencia, excepto para actividades autorizadas o que me hayan dado permiso específico para hacer lo contrario.
14. No voy a ser el propietario o conduciré un vehículo motorizado sin autorización.
15. Cumpliré las instrucciones especiales que me ha dado mi administrador de casos (por ejemplo, condiciones impuestas).
16. Me someteré a análisis de drogas o pruebas de alcohol según se solicite. Está prohibido ingerir productos alimenticios de semillas de amapola (adormidera).
17. Informaré de todo uso de medicamentos, ya sea de venta libre o con receta, a mi administrador de casos. No voy a usar productos que contengan alcohol o efedrina.
18. Estoy de acuerdo los costes de mi participación en CPA/Reingreso Graduado (es decir, línea telefónica activa y cualquier daño a los equipos de vigilancia electrónica).
19. Soy personalmente responsable de todos los gastos de mi vivienda, comidas, y subsistencia en general.
20. Iré directamente a y desde sólo las ubicaciones aprobadas por mi administrador de casos como parte de mi programa diario/semanal aprobado.
21. Todos los dispositivos electrónicos o el acceso a la Internet están sujetos a búsqueda y divulgación. Voy a proporcionar contraseñas a mi administrador de casos.
22. La divulgación de información permanecerá vigente y válida durante todo el período de CPA/Reingreso Graduado.
23. Le proporcionaré al Departamento la información sobre mi estado y mi situación familiar hasta 12 meses después de la supervisión con el propósito de obtención de datos.

Si violo mis condiciones de CPA/Reingreso Graduado, puedo ser enviado a prisión para servir la porción restante de la condena además de cualquier tiempo de buena conducta que podría haber sido restado en el caso de una infracción.

Comprendo plenamente que si dejo de reportarme deliberadamente tal como se me ha pedido, o el cambio no autorizado de residencia o de empleo, o dejar de informar de otra manera a los empleados del Departamento de mi paradero, podría constituirse como un escape de custodia.

Firma

Fecha

Administrador Principal de Reingreso/
Administrador del Caso

Firma

Fecha

El contenido de este documento puede ser elegible para su divulgación pública. Los números de la seguridad social se consideran información confidencial y serán eliminados en caso de tal solicitud. Este formulario está regulado por la Orden Ejecutiva 16-01, RCW 42.56 y RCW 40.14.

Distribution: **ORIGINAL** - Case manager file **COPY** - Participant