INTAKE/PRE-SENTENCE REPORT INFORMATION SHEET

***INGRESO/INFORME PRECONDENATORIO HOJA DE INFORMACION***

 DOC number*/Núm. DOC*:

|  |
| --- |
| **PERSONAL** |
|  | Last*Apellido* | Middle*Segundo Nombre* | First*Nombre* | Suffix*Sufijo* |
| True name*Nombre Verdadero* |       |       |       |       |
| Alias/other name used*Alias/otros nombres usados* |       |       |       |       |
| Maiden name*Apellido de Soltera* |       |       |       |       |
| Convicted name*Nombre de Convicción* |       |       |       |       |
| Date of birth/*Fecha de Nacimiento*      | Sex/*Sexo*[ ]  M [ ]  F [ ]  X | Identify as:[ ]  Transgender man [ ]  Transgender woman [ ]  Non-binary *Hombre Transgenero Mujer Transgenero no binario/a* |
| Hair/*Cabello*      | Eyes/*Ojos*      | Height/*Estatura*      | Weight/*Peso*      |
| Race/*Raza* | Hispanic origin*De origen Hispano*[ ]  Yes/*Sí* [ ]  No | Speak Spanish*Habla Español*[ ]  Yes/*Sí* [ ]  No | Understand English*Entiende Inglés*[ ]  Yes/*Sí* [ ]  No | US Citizen*Ciudadano de U.S*[ ]  Yes/*Sí*  [ ]  No |
| Complexion/*Tez* | Gang affiliation/*Afiliación a Pandillas*      | Religious preference/*Pref. Religiosa*      |
| Scars, marks, tattoos / *Cicatrices, marcas, tatuajes*      |
| Social Security number*Número de Seguro Social*      | FBI number*Número del FBI*      | Place of birth (City/State/Country)*Lugar de nacimiento (Ciudad, Estado, País)*      |

|  |
| --- |
| **VEHICLE/*VEHICULO*** |
| Driver’s license number*Núm. de licencia de Conducir*      | State issued*Emitida por el Estado de*      | Expired*Expirada*[ ]  No [ ]  Yes/*Sí* | Expiration date*Fecha de expiración*      |
| Vehicle make*Marca del Vehículo*      | Model*Modelo*      | Color      | Year*Año*      | Issuing state*Estado emisor*      |
| Auto insurance*Seguro de Auto*[ ]  Yes/*Sí* [ ]  No | Insurer name*Compañía de Seguros*      | Policy number*Numero de póliza*      |

|  |
| --- |
| **RESIDENCE/*DOMICILIO*** |
| Street address (Proposed, if in custody)*Dirección (Propuesta si está en custodia)*      | Apt. #*# Apt.*      | City*Ciudad*      | State*Estado*      | Zip*Código Postal*      |
| Mailing address (If different than above)/*Dirección de correos*      | Homeless/*Sin hogar*[ ]  No [ ]  Yes/*Sí* |
| Home number*Núm. Teléfono de Casa*      | Cell number*Núm. Teléfono Celular*      | Work number*Núm. Teléfono Trabajo*      | Pager number*Núm. de buscapersonas*      |
| Types of pets in residence*Tipo de mascotas en la casa*      | Email address*Dirección correo electrónico*      | # of moves in past year*# mudanzas el año pasado*      |
| Emergency contact name*Nombre de contacto en emergencia*      | Relationship*Relación*      | Phone number*Núm. Teléfono*      | Alternate number*Núm. alterno*      |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name of other resident*Nombre de otro residente* | Relationship*Parentesco* | Age*Edad* |
|       |       |    |
|       |       |    |
|       |       |    |
|       |       |    |

|  |
| --- |
| **FAMILY/*FAMILIA*** |
| Father name*Nombre del Padre*      | Address*Dirección*      |
| Home number*Núm. Teléfono de Casa*      | Work number*Núm. Teléfono Trabajo*      | Home number*Núm. Teléfono de Casa*      | Work number*Núm. Teléfono Trabajo*      |
| Mother name*Nombre de la Madre*      | Address*Dirección*      |
| Home number*Núm. Teléfono de Casa*      | Work number*Núm. Teléfono Trabajo*      | Home number*Núm. Teléfono de Casa*      | Work number*Núm. Teléfono Trabajo*      |
| Raised by: [ ]  Natural parent(s) [ ]  Foster parent(s) [ ]  Other caregiver [ ]  Institution(s)*Criado por: Padres Naturales Padres adoptivos Otro Guardián Institución(es)* |
| Sibling name*Nombre del Hermano(a)* | Age*Edad* | Address*Dirección* | Phone number*Número de teléfono* |
|       |    |       |       |
|       |    |       |       |
|       |    |       |       |

|  |
| --- |
| Family with criminal record, if any (e.g., parent, sibling, aunt, uncle, grandparent)*Familiares con antecedentes penales, si los hay (p.ej., padres, hermanos(as), tía, tío, abuelo)* |
| Name*Nombre* | Relationship*Parentesco* | Address (City, State)*Dirección (Ciudad, Estado)* |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

|  |
| --- |
| **RELATIONSHIPS/CHILDREN*****RELACIONES/HIJOS*** |
| [ ]  Never married/*Nunca casado* [ ]  Married/*Casado* [ ]  Cohabitation/C*ohabitación* [ ]  Widowed/*Viudo(a)*[ ]  State Registered Domestic Partnership*/Pareja Domestica Registrada en el Estado*[ ]  Divorced/Partnership dissolved [ ]  Separated/when:       Number of prior marriages:     *Divorciado/Disolución de la pareja Separado/cuando Núm. matrimonios anteriores*Current spouse/State Registered Domestic Partner/significant other:       *Cónyuge actual/Pareja Domestica registrada en el Estado/Pareja de hecho* |
| Prior spouse/State Registered Domestic Partner/significant other:*Cónyuge anterior/Pareja Domestica registrada en el Estado/Pareja de hecho* |
| Name*Nombre*      | Address*Dirección*      | Divorce/dissolution date*Fecha de Divorcio/disolución*      | Place*Lugar*      |

|  |
| --- |
| Child(ren)/*Niño(s)*: |
| Name*Nombre* | Relationship*Parentesco* | Age*Edad* | Supported by*Mantenido por* |
|       |       |    |       |
|       |       |    |       |
|       |       |    |       |

|  |
| --- |
| **EDUCATION/*EDUCACION*** |
| High school/college attended*Escuela secundaria/universidad* | Ever suspended or expelled? [ ]  No [ ]  Yes/*Sí* Why:       *Alguna vez fue suspendido o expulsado Por qué:* |
| Name*Nombre* | Address (City, State)*Dirección (Ciudad, Estado)* | Date entered*Fecha inicio* | Date left*Fecha salida* | Grade completed*Grado completado* |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
| Vocational school/*Escuela de formación profesional* |
| Name*Nombre* | Address (City, State)*Dirección (Ciudad, Estado)* | Date entered*Fecha inicio* | Date left*Fecha salida* |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
| Vocational certificate received?/*Certificado vocacional recibido?* [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No Date/*Fecha*:        |
| DVR benefits received for training?/*Beneficios del DVR recibidos por la capacitación?* [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No |
| Long term education/training goals / *Metas de educación/capacitación a largo plazo:*      |

|  |
| --- |
| **MILITARY/*MILITARES*** |
| Have you served in the military? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No If Yes, what branch – *Ha servido en el ejército? Si es así, en que rama –*[ ]  Army [ ]  Navy [ ]  Marines [ ]  Air Force [ ]  Coast Guard [ ]  Other        *Ejercito Marina Marines Fuerza Aérea Guarda Costa Otra*How long did you serve?       Received an honorable discharge? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No*Cuanto tiempo sirvió? Recibió una baja honorable?*Do you have copy of your DD 214 Certificate of Release or Discharge from Active Duty? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No*Tiene copia de su Certificado de Liberación o de Baja del Servicio Activo DD 214?* |

|  |
| --- |
| **EMPLOYMENT/*EMPLEO*** |
| Employed at time of arrest? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No Fired as result of arrest? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No*Empleado en el momento del arresto? Despedido como resultado del arresto?*Number of months employed in last year/*Número de meses empleado en el último año*:       |
| Current employer*Empleador actual*      | Job title*Título del puesto de trabajo*      | Date started*Fecha inicio*      | Wage/salary*Paga/Salario*$      |
| List employers for the last 5 years (Use additional pages, if necessary)*Enumere los empleadores de los últimos 5 años (Utilice páginas adicionales, si es necesario)* |
| Employer*Empleador* | Job title*Título del puesto de trabajo* | Start date*Fecha Inicio* | End date*Fecha Final* | Quit or fired?*Renuncio o fue despedido?* |
|       |       |       |       | [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No |
|       |       |       |       | [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No |
|       |       |       |       | [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No |
|       |       |       |       | [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No |
|       |       |       |       | [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No |

|  |
| --- |
| **FINANCIAL/*FINANZAS***Long term goals for employment/*Metas a largo plazo para empleo* |
| Dependent(s) financially responsible for/*Dependiente(s) bajo su responsabilidad financiera*: |
| Name/*Nombre*      | Name/*Nombre*      | Name/*Nombre*      |
| Total court ordered child support amount: $     *Cantidad total de manutención de niños ordenada por el tribunal:* | Amount paid: $     *Cantidad pagada:* |
| If unemployed, what is your source of financial support?/*Si es desempleado ¿cuál es su fuente de ingresos?*      |
| In the last 12 months have you received or are receiving/*En los últimos 12 meses ha recibido o está recibiendo:*Public assistance, disability payments, or unemployment compensation [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No*Asistencia pública, pagos por incapacidad o compensación por desempleo* |
| Dates received*Fechas de recepción*      | Amount received*Cantidad recibida*$      | Reason*Razón*      |

|  |
| --- |
| **SUBSTANCE USE HISTORY/*HISTORIAL DE USO DE SUSTANCIAS*** |
| Have you consumed or presently consume alcoholic beverages? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No*Ha consumido o consume actualmente bebidas alcohólicas?* |
| How often*Con que frecuencia*      | How much*Cuanto*      | Age began consuming*Edad en que empezó a consumir*      | Preferred alcoholic beverage*Bebida alcohólica preferida*      |
| Preferred time and place to consume alcoholic beverages:       *Hora y lugar preferidos para consumir bebidas alcohólicas:*Do you believe you currently have a problem with alcohol? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No*Cree que actualmente tiene un problema con el alcohol?*In the last 12 months, has alcohol caused problems for you in any of the following areas:*En los últimos 12 meses, el alcohol le ha causado problemas en cualquiera de las siguientes áreas:*[ ]  Law violations [ ]  Marital/Family [ ]  Medical [ ]  School/Work [ ]  Other:        *Violaciones de la ley Matrimonio/Familia Médico Escuela/Trabajo Otro:* |
| Have you ever used the following substances?/*Ha usado alguna vez las siguientes sustancias?* |
| Type*Tipo* | Yes*Sí* | No*No* | Frequency*Frecuencia* | Age used*Edad de uso* | Type of reaction(s)*Tipo de reacción(es)* |
| Amphetamines (speed)*Anfetaminas* | [ ]  | [ ]  |       |    |       |
| Barbiturates (downers)*Barbitúricos* | [ ]  | [ ]  |       |    |       |
| Cocaine*Cocaína* | [ ]  | [ ]  |       |    |       |
| Hallucinogens*Alucinógenos* | [ ]  | [ ]  |       |    |       |
| Heroin*Heroína* | [ ]  | [ ]  |       |    |       |
| LSD | [ ]  | [ ]  |       |    |       |
| Marijuana*Marihuana* | [ ]  | [ ]  |       |    |       |
| Methamphetamine*Metanfetamina* | [ ]  | [ ]  |       |    |       |
| Morphine*Morfina* | [ ]  | [ ]  |       |    |       |
| PCP | [ ]  | [ ]  |       |    |       |
| Other:      *Otras:* | [ ]  | [ ]  |       |    |       |
| Are you or have you been addicted to drugs?/*Es o ha sido usted adicto a las drogas?* [ ]  Yes/*Sí* [ ]  NoType of drug(s)/*Tipo de droga(s)*:        |
| In the last 12 months, has drug use caused problems for you in any of the following areas?*En los últimos 12 meses, ¿el uso de drogas le ha causado problemas en alguna de las siguientes áreas?*[ ]  Law violations [ ]  Marital/Family [ ]  Medical [ ]  School/Work [ ]  Other:        *Violaciones de la ley Matrimonio/Familia Médico Escuela/Trabajo Otro:* |
| Have you received treatment/counseling for your drug/alcohol use? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No*Ha recibido tratamiento/consejo debido a su uso de drogas/alcohol?* |
| Where/*Donde*      | Date(s)/*Fecha(s)*      | Counselor/*Consejero*      |
| Do you have a family member with a history of drug/alcohol abuse? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No*Tiene un miembro de la familia con un historial de abuso de drogas/alcohol?* |
| Who/Relationship*Quién/Relación*      | Treatment facility*Instalación de tratamiento*      | Date(s)*Fecha(s)*      | Counselor*Consejero*      |

|  |
| --- |
| **MENTAL HEALTH/*SALUD MENTAL*** |
| Have you ever seen a mental health professional? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No*Ha visto alguna vez a un profesional de salud mental?* |
| Where/*Donde*      | When/*Cuando*      | Counselor/Consejero      |
| Have you ever been diagnosed as suffering from severe mental illness? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No*Alguna vez le han diagnosticado que sufre de una enfermedad mental severa?*Have you ever had a plan to commit suicide? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No*Alguna vez ha tenido un plan para suicidarse?*Have you ever attempted suicide? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No*Alguna vez ha intentado suicidarse?*Are you thinking about killing yourself at this time? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No*Está pensando en suicidarse en este momento?* |
| Have you ever been to a hospital for mental health reasons? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No*Ha estado alguna vez en un hospital por razones de salud mental?* |
| Name of mental health institution*Nombre de la institución de salud mental*      | Address*Dirección*      |
| Are you currently involved in mental health treatment? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No*Está actualmente involucrado en un tratamiento de salud mental?*Have you ever been prescribed medication for mental illness? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No*Alguna vez le han recetado medicamentos para enfermedades mentales?* |
| Are you taking mental health medications at this time? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No*Está tomando medicamentos para la salud mental en este momento?* |
| Medication*Medicamento* | How long*Cuanto tiempo* | Medication*Medicamento* | How long*Cuanto tiempo* |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
| Does a family member(s) suffer from mental health issues? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No*Algún miembro de la familia sufre de problemas de salud mental?* |
| Name/*Nombre*      | Relationship/*Relación*      | Name/*Nombre*      | Relationship/*Relación*      |
| Have you ever had problems/experiences with the following: [ ]  Assaultive behavior [ ]  Domestic violence*Ha tenido alguna vez problemas/experiencias con: Comportamiento agresivo Violencia doméstica*Have you ever participated in: [ ]  Domestic violence treatment [ ]  Anger management*Alguna vez ha participado en: Tratamiento de la violencia doméstica Manejo de la ira* |

|  |
| --- |
| **MEDICAL/*MEDICO*** |
| Are you currently under the care of a doctor? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No*Está actualmente bajo el cuidado de un médico?* |
| Doctor name/*Nombre del doctor*      | Address/*Dirección*      |
| Have you ever had any serious illnesses or accidents? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No*Ha tenido alguna vez alguna enfermedad o accidente grave?*Convulsions or seizures? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No*Convulsiones o ataques?*Were you hospitalized? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No*Fue hospitalizado?* |
| When/*Cuando*      | Where/*Donde*      |
| Are you on a special diet?/*Está en una dieta especial?* [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No Type/*tipo*:        |
| Are you taking any medications? /*Está tomando algún medicamento?* |
| Medication*Medicamento* | How long*Cuanto tiempo* | Medication*Medicamento* | How long*Cuanto tiempo* |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
| What is your current state of health?/*Cuál es su estado de salud actual?*      |

|  |
| --- |
| **ACTIVITIES/INTERESTS** |
| What kinds of free time activities have you participated in the past year?*En su tiempo libre, en qué tipo de actividades ha participado en el último año?* |
| Activity*Actividad* | How often*Con que frecuencia* | With whom*Con quien* |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| Are you a member of any organization?*Es miembro de alguna organización*[ ]  Yes/*Sí* [ ]  No | Name of organization*Nombre de la organización*      | Name of organization*Nombre de la organización*       |
| Do you have any experience using a computer/software?*Tiene alguna experiencia en el uso de un computador/software?* |
| Type of computer*Tipo de computador*       | Type of computer*Tipo de computador*       | Software           | Software           |

|  |
| --- |
| **REFERENCES/*REFERENCIAS***Relatives and Friends/*Parientes y Amigos* |
| Name*Nombre* | Address*Dirección* | Phone number*Núm. Teléfono* | Relationship*Relación* |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

|  |
| --- |
| **CURRENT OFFENSE/*DELITO ACTUAL*** |
| Date of arrest*Fecha del arresto*      | Date of crime*Fecha del delito*      | Charge*Cargo*      | Count of conviction*Condado de convicción*      |
| Agency arrested by*Agencia que lo arresto*      | Days spent in jail*Días pasados en la cárcel*      | Date plea/trail completed*Fecha del Alegato/Juicio*      | Date released*Fecha de liberación*      |
| Was physical force involved? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No*Hubo fuerza física involucrada?*Did you consume alcohol before or during the offense? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No*Consumió alcohol antes o durante la ofensa?*Did you ingest/inject drugs before or during the offense? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No*Ingirió o se inyectó drogas antes o durante el delito?*Was a weapon(s) involved in the offense? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No*Hubo un arma(s) involucrada en el delito?*Were drugs involved in the offense? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No*Estuvieron las drogas involucradas en el delito?* |
| Relationship to victim[ ]  Known [ ]  Stranger *Conocido Extraño* | Explain/*Explique*      | Age*Edad*   | Physical/mental condition of victim*Condición física/mental de la víctima*      |
| Relationship to victim[ ]  Known [ ]  Stranger *Conocido Extraño* | Explain/*Explique*      | Age*Edad*   | Physical/mental condition of victim*Condición física/mental de la víctima*      |
| Threat of violence present? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No *Amenaza de violencia presente?* | To whom/*A quien*      | To whom/*A quien*      |
| Guilt determined by: [ ]  Court trial [ ]  Guilty plea*Culpabilidad determinada por Juicio en el tribunal Admisión de culpabilidad* |
| Method of attorney retention: [ ]  Hired [ ]  Court appointed [ ]  Public defender [ ]  Waived attorney*Método de retención del abogado Contratado Nombrado por la corte Defensor público Renunció a uno* |
| Name of attorney/*Nombre del abogado*      | Address/*Dirección*      |
| Phone number*Número de teléfono*      | Cell phone number*Número de celular*      | Alternate number*Número alterno*      | Fax number*Número de fax*      |

|  |
| --- |
| **CRIMINAL HISTORY/*HISTORIA CRIMINAL***Adult and Juvenile |
| List your juvenile and adult arrests and convictions below (Use additional pages, if necessary)*Anote sus arrestos y condenas juveniles y adultas a continuación (Use páginas adicionales, si es necesario)* |
| Date*Fecha* | Offense*Crimen* | Place (City, State)*Lugar (Ciudad, Estado)* | Disposition*Disposicion* |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
| Was physical force involved? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No Was a weapon(s) involved in the offense? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No*Hubo fuerza física involucrada? Hubo un arma(s) involucrada en el delito?* |
| If yes, explain/*Si es así, explique*:      |
| Relationship to victim[ ]  Known [ ]  Stranger *Conocido Extraño* | Explain/*Explique*      | Age*Edad*   | Physical/mental condition of victim*Condición física/mental de la víctima*      |
| Relationship to victim[ ]  Known [ ]  Stranger *Conocido Extraño* | Explain/*Explique*      | Age*Edad*   | Physical/mental condition of victim*Condición física/mental de la víctima*      |
| Threat of violence present? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  NoAmenaza de violencia presente? | To whom/A quien      | To whom/A quien      |
| Did you ever violate your probation, parole, community supervision, or community placement? [ ]  Yes/*Sí* [ ] NoAlguna vez violó su libertad condicional, bajo palabra, supervisión comunitaria, colocación en la comunidad?Did you ever escape from a correctional facility? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  NoAlguna vez se ha escapado de una institución correccional?Were you ever punished for institutional misconduct? [ ]  Yes/*Sí* [ ]  NoAlguna vez fue castigado por mala conducta institucional |

|  |
| --- |
| **CRIME ASSOCIATES/COMPLICES DE DELITOS** |
| Name*Nombre* | Residing where*Residiendo donde* | Status of charge (e.g., guilty, not guilty, pending)*Estado de la acusación (p.ej, culpable, no culpable, pendiente)* |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

|  |
| --- |
| Do you own or control a gun or firearm? / *Posee o controla un arma de fuego?* [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No |

Provide a complete description of your offense (e.g., how and why it happened). Use additional pages, if necessary.

*Proporcione una descripción completa de su delito (p.ej, cómo y por qué ocurrió). Utilice páginas adicionales, si es necesario.*

Name/*Nombre* Signature/*Firma* Date/*Fecha*

**The contents of this document may be eligible for public disclosure. Social Security Numbers are considered confidential information and will be redacted in the event of such a request. This form is governed by Executive Order 16-01, RCW 42.56, and RCW 40.14.**

**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** - Imaging file **COPY** - Case manager file