



**INTAKE/PRE-SENTENCE REPORT  
INFORMATION SHEET  
INGRESO/INFORME PRECONDENATORIO  
HOJA DE INFORMACION**

DOC number/Núm. DOC: \_\_\_\_\_

<b>PERSONAL</b>					
	Last <i>Apellido</i>	Middle <i>Segundo Nombre</i>	First <i>Nombre</i>	Suffix <i>Sufijo</i>	
True name <i>Nombre Verdadero</i>					
Alias/other name used <i>Alias/otros nombres usados</i>					
Maiden name <i>Apellido de Soltera</i>					
Convicted name <i>Nombre de Convicción</i>					
Date of birth <i>Fecha de Nacimiento</i>	Sex <i>Sexo</i> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	Hair <i>Cabello</i>	Eyes <i>Ojos</i>	Height <i>Estatura</i>	Weight <i>Peso</i>
Race <i>Raza</i> Select	Hispanic origin <i>De origen Hispano</i> <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	Speak Spanish <i>Habla Español</i> <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	Understand English <i>Entiende Inglés</i> <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	US Citizen <i>Ciudadano de U.S</i> <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	
Complexion/ <i>Tez</i> Select	Gang affiliation/ <i>Afiliación a Pandillas</i>		Religious preference/ <i>Pref. Religiosa</i>		
Scars, marks, tattoos / <i>Cicatrices, marcas, tatuajes</i>					
Social Security number <i>Número de Seguro Social</i>	FBI number <i>Número del FBI</i>	Place of birth (City/State/Country) <i>Lugar de nacimiento (Ciudad, Estado, País)</i>			

<b>VEHICLE/VEHICULO</b>				
Driver's license number <i>Núm. de licencia de Conducir</i>	State issued <i>Emitida por el Estado de</i>	Expired <i>Expirada</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí	Expiration date <i>Fecha de expiración</i>	
Vehicle make <i>Marca del Vehículo</i>	Model <i>Modelo</i>	Color	Year <i>Año</i>	Issuing state <i>Estado emisor</i>
Auto insurance <i>Seguro de Auto</i> <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	Insurer name <i>Compañía de Seguros</i>	Policy number <i>Numero de póliza</i>		

<b>RESIDENCE/DOMICILIO</b>				
Street address (Proposed, if in custody) <i>Dirección (Propuesta si está en custodia)</i>	Apt. # <i># Apt.</i>	City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>	Zip <i>Código Postal</i>
Mailing address (If different than above) <i>Dirección de correos</i>				Homeless <i>Sin hogar</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí

Home number <i>Núm. Teléfono de Casa</i>	Cell number <i>Núm. Teléfono Celular</i>	Work number <i>Núm. Teléfono Trabajo</i>	Pager number <i>Núm. de buscapersonas</i>
Types of pets in residence <i>Tipo de mascotas en la casa</i>		Email address <i>Dirección correo electrónico</i>	# of moves in past year <i># mudanzas el año pasado</i>
Emergency contact name <i>Nombre de contacto en emergencia</i>	Relationship <i>Relación</i>	Phone number <i>Núm. Teléfono</i>	Alternate number <i>Núm. alterno</i>

Name of other resident/ <i>Nombre de otro residente</i>	Relationship/ <i>Parentesco</i>	Age/ <i>Edad</i>

**FAMILY/FAMILIA**

Father name <i>Nombre del Padre</i>	Address <i>Dirección</i>		
Home number <i>Núm. Teléfono de Casa</i>	Work number <i>Núm. Teléfono Trabajo</i>	Alternate number <i>Núm. Alternativo</i>	Occupation <i>Ocupación</i>
Mother name <i>Nombre de la Madre</i>	Address <i>Dirección</i>		
Home number <i>Núm. Teléfono de Casa</i>	Work number <i>Núm. Teléfono Trabajo</i>	Alternate number <i>Núm. Alterno</i>	Occupation <i>Ocupación</i>
Raised by: <input type="checkbox"/> Natural parent(s) <input type="checkbox"/> Foster parent(s) <input type="checkbox"/> Other caregiver <input type="checkbox"/> Institution(s) <i>Criado por:    Padres Naturales    Padres adoptivos    Otro Guardián    Institución(es)</i>			
Sibling name <i>Nombre del Hermano(a)</i>	Age <i>Edad</i>	Address <i>Dirección</i>	Phone number <i>Número de teléfono</i>

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

**RELATIONSHIPS/CHILDREN  
RELACIONES/HIJOS**

<input type="checkbox"/> Never married/State Registered Domestic Partnership <i>Nunca casado/Pareja Domestica Registrada en el Estado</i>		
<input type="checkbox"/> Married/State Registered Domestic Partnership <i>Casado/Pareja Domestica Registrada en el Estado</i>	<input type="checkbox"/> Cohabitation <i>cohabitación</i>	<input type="checkbox"/> Widowed <i>Viudo(a)</i>

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 <i>Nombre</i>	Address <i>Dirección</i>	Divorce/dissolution date <i>Fecha de Divorcio/disolución</i>	Place <i>Lugar</i>
-----------------------	-----------------------------	---	-----------------------

Child(ren)/Niño(s):

Name <i>Nombre</i>	Relationship <i>Parentesco</i>	Age <i>Edad</i>	Supported by <i>Mantenido por</i>

**EDUCATION/EDUCACION**

High school/college attended    Ever suspended or expelled?  No  Yes/Sí Why: \_\_\_\_\_  
*Escuela secundaria/universidad    Alguna vez fue suspendido o expulsado    Por qué:*

Name <i>Nombre</i>	Address (City, State) <i>Dirección (Ciudad, Estado)</i>	Date entered <i>Fecha inicio</i>	Date left <i>Fecha salida</i>	Grade completed <i>Grado completado</i>

Vocational school/ *Escuela de formación profesional*

Name <i>Nombre</i>	Address (City, State) <i>Dirección (Ciudad, Estado)</i>	Date entered <i>Fecha inicio</i>	Date left <i>Fecha salida</i>

Vocational certificate received?  Yes  No    Date: \_\_\_\_\_  
*Certificado vocacional recibido?    Sí    No    Fecha*

DVR benefits received for training?  Yes/Sí  No  
*Beneficios del DVR recibidos por la capacitación?*

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  
*Empleado en el momento del arresto?*

Fired as result of arrest?  Yes/Sí  No  
*Despedido como resultado del arresto?*

Number of months employed in last year: \_\_\_\_\_  
*Número de meses empleado en el último año:*

Current employer <i>Empleador actual</i>	Job title <i>Título del puesto de trabajo</i>	Date started <i>Fecha inicio</i>	Wage/salary <i>Paga/Salario</i> \$
---	--	-------------------------------------	--

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 <i>Empleador</i>	Job title <i>Título del puesto de trabajo</i>	Start date <i>Fecha Inicio</i>	End date <i>Fecha Final</i>	Quit or fired? <i>Renuncio o fue despedido?</i>
				<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> 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: \$ <i>Cantidad total de manutención de niños ordenada por el tribunal:</i>	Amount paid: \$ <i>Cantidad pagada:</i>	

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 <i>Fechas de recepción</i>	Amount received <i>Cantidad recibida</i> \$	Reason <i>Razón</i>
--	---	------------------------

**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 <i>Con que frecuencia</i>	How much <i>Cuanto</i>	Age began consuming <i>Edad en que empezó a consumir</i>	Preferred alcoholic beverage <i>Bebida alcohólica preferida</i>
--	---------------------------	---	--

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?/ <i>Ha usado alguna vez las siguientes sustancias?</i>					
Type <i>Tipo</i>	Yes <i>Sí</i>	No <i>No</i>	Frequency <i>Frecuencia</i>	Age used <i>Edad de uso</i>	Type of reaction(s) <i>Tipo de reacción(es)</i>
Amphetamines (speed) <i>Anfetaminas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Barbiturates (downers) <i>Barbitúricos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cocaine <i>Cocaína</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hallucinogens <i>Alucinógenos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Heroin <i>Heroína</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Marijuana <i>Marihuana</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Methamphetamine <i>Metanfetamina</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Morphine <i>Morfina</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
PCP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Other: <i>Otras</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Are you or have you been addicted to drugs?  Yes/*Sí*  No

*Es o ha sido usted adicto a las drogas?*

Type 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/ <i>Donde</i>	Date(s)/ <i>Fecha(s)</i>	Counselor/ <i>Consejero</i>
---------------------	--------------------------	-----------------------------

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 <i>Quién/Relación</i>	Treatment facility <i>Instalación de tratamiento</i>	Date(s) <i>Fecha(s)</i>	Counselor <i>Consejero</i>
---	---	----------------------------	-------------------------------

### 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/ <i>Donde</i>	When/ <i>Cuando</i>	Counselor/ <i>Consejero</i>
---------------------	---------------------	-----------------------------

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? ..... <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Alguna vez ha intentado suicidarse?</i>			
Are you thinking about killing yourself at this time? ..... <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Está pensando en suicidarse en este momento?</i>			
Have you ever been to a hospital for mental health reasons? ..... <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Ha estado alguna vez en un hospital por razones de salud mental?</i>			
Name of mental health institution <i>Nombre de la institución de salud mental</i>		Address <i>Dirección</i>	
Are you currently involved in mental health treatment? ..... <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Está actualmente involucrado en un tratamiento de salud mental?</i>			
Have you ever been prescribed medication for mental illness? ..... <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Alguna vez le han recetado medicamentos para enfermedades mentales?</i>			
Are you taking mental health medications at this time? ..... <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Está tomando medicamentos para la salud mental en este momento?</i>			
Medication <i>Medicamento</i>	How long <i>Cuanto tiempo</i>	Medication <i>Medicamento</i>	How long <i>Cuanto tiempo</i>
Does a family member(s) suffer from mental health issues? ..... <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Algún miembro de la familia sufre de problemas de salud mental?</i>			
Name/Nombre	Relationship/Relación	Name/Nombre	Relationship/Relación
Have you ever had problems/experiences with the following: <input type="checkbox"/> Assaultive behavior <input type="checkbox"/> Domestic violence <i>Ha tenido alguna vez problemas/experiencias con: Comportamiento agresivo Violencia doméstica</i>			
Have you ever participated in: <input type="checkbox"/> Domestic violence treatment <input type="checkbox"/> Anger management <i>Alguna vez ha participado en: Tratamiento de la violencia doméstica Manejo de la ira</i>			

<b>MEDICAL/MEDICO</b>			
Are you currently under the care of a doctor? ..... <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Está actualmente bajo el cuidado de un médico?</i>			
Doctor name/Nombre del doctor		Address/Dirección	
Have you ever had any serious illnesses or accidents? ..... <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Ha tenido alguna vez alguna enfermedad o accidente grave?</i>			
Convulsions or seizures? ..... <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Convulsiones o ataques?</i>			
Were you hospitalized? ..... <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Fue hospitalizado?</i>			
When/Cuando		Where/Donde	
Are you on a special diet? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No Type/tipo: _____ <i>Está en una dieta especial?</i>			
Are you taking any medications? <i>Está tomando algún medicamento?</i>			
Medication <i>Medicamento</i>	How long <i>Cuanto tiempo</i>	Medication <i>Medicamento</i>	How long <i>Cuanto tiempo</i>

What is your current state of health?  
*Cuál es su estado de salud actual?*

**ACTIVITIES/INTERESTS / ACTIVIDADES/INTERESES**

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 <i>Actividad</i>	How often <i>Con que frecuencia</i>	With whom <i>Con quien</i>
Are you a member of any organization? <input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <i>Es miembro de alguna organizacion</i>	Name of organization <i>Nombre de la organizaci3n</i>	Name of organization <i>Nombre de la organizaci3n</i>

Do you have any experience using a computer/software?  
*Tiene alguna experiencia en el uso de un computador/software?*

Type of computer <i>Tipo de computador</i>	Type of computer <i>Tipo de computador</i>	Software	Software

**REFERENCES/REFERENCIAS**

*Relatives and Friends/Parientes y Amigos*

Name <i>Nombre</i>	Address <i>Direcci3n</i>	Phone number <i>Núm. Tel3fono</i>	Relationship <i>Relaci3n</i>

**CURRENT OFFENSE/DELITO ACTUAL**

Date of arrest <i>Fecha del arresto</i>	Date of crime <i>Fecha del delito</i>	Charge <i>Cargo</i>	Count of conviction <i>Condado de convicci3n</i>
Agency arrested by <i>Agencia que lo arresto</i>	Days spent in jail <i>Días pasados en la cárcel</i>	Date plea/trial completed <i>Fecha del Alegato/Juicio</i>	Date released <i>Fecha de liberaci3n</i>

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  
*Ingerió 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 <i>Relación con la víctima</i> <input type="checkbox"/> Known <input type="checkbox"/> Stranger <i>Conocido Extraño</i>	Explain/Explique	Age <i>Edad</i>	Physical/mental condition of victim <i>Condición física/mental de la víctima</i>
Relationship to victim <i>Relación con la víctima</i> <input type="checkbox"/> Known <input type="checkbox"/> Stranger <i>Conocido Extraño</i>	Explain/Explique	Age <i>Edad</i>	Physical/mental condition of victim <i>Condición física/mental de la víctima</i>
Threat of violence present? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <i>Amenaza de violencia presente?</i>	To whom/A quien	To whom/A quien	
Guilt determined by: <input type="checkbox"/> Court trial <input type="checkbox"/> Guilty plea <i>Culpabilidad determinada por Juicio en el tribunal Admisión de culpabilidad</i>			
Method of attorney retention: <input type="checkbox"/> Hired <input type="checkbox"/> Court appointed <input type="checkbox"/> Public defender <input type="checkbox"/> Waived attorney <i>Método de retención del abogado Contratado Nombrado por la corte Defensor público Renunció a uno</i>			
Name of attorney/ <i>Nombre del abogado</i>		Address/ <i>Dirección</i>	
Phone number <i>Número de teléfono</i>	Cell phone number <i>Número de celular</i>	Alternate number <i>Número alterno</i>	Fax number <i>Número de fax</i>

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



**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?    Yes/Sí    No  
*Posee o controla un arma de fuego?*

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. Upon completion, the data classification category may change.  
*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. Una vez concluido, la categoría de clasificación de datos puede cambiar.*

Distribution: **ORIGINAL** - Imaging File   **COPY** - Case manager file,