

Reporte Mensual Pretrial Diversion

Orange County Corrections Department***Community Corrections Division
Dirección Postal: P.O. Box 4970, Orlando, FL 32802-4970***Dirección Física: 3723 Vision Blvd., Orlando, FL 32839

Por favor complete esta forma en letra de molde

Fecha: _____

Nombre: _____

Nombre de Oficial: _____

Seguro Social: _____

MNI# _____ PO# _____

Ofensa: _____

Fecha Expiración Contrato: _____

Dirección: _____

Trabaja a: Tiempo Completo Parcial Desempleado

Ciudad, Estado, Zip: _____

Empleador (Patrón): _____

Teléfono: _____ (Casa)

Dirección de Empleo: _____

Teléfono: _____ (Pager o Cel)

Ciudad, Estado, Zip _____

Dirección Electrónica: _____

Teléfono Trabajo: _____

Dirección Postal: _____

Verificación de empleo ¿**Talonario Cheque?** Sí o No
(En treinta días)

Ciudad, Estado, Zip _____

Estudiante? Tiempo Completo Parcial No Aplica

Todas las Condiciones tienen que completarse treinta (30) días ANTES del vencimiento de su contrato.

¿Ha sido arrestado, interrogado, detenido, recibido una citación o ha recibido una orden de interdicto desde que solicito a esté programa? Sí o NO

¿Ha comprado o usado sustancias controladas o drogas? Sí o NO

(X) Haga una marca en todas las condiciones que se aplican en su caso. Indique Fecha o Número de Sesiones Completadas.

() Servicio a la Comunidad: _____ Horas/ Horas Completadas: _____ Oficial ACS: _____

() Victim Awareness Program/ Fecha Completó: _____ DUI Nivel I/ Fecha completó _____

() Costo de Supervisión Pagada Hoy \$ _____ Balance Adeudado: _____

() Restitución Pagada Hoy: \$ _____ Balance Adeudado: _____

() Otros Pagos: _____ Pagados Hoy: \$ _____ Balance Adeudado: _____

() Control de Impulso/ Fecha Completo: _____ Agencia: _____

() Manejo de Coraje/ Fecha Completo: _____ Agencia: _____

() Evaluación de Drogas/ Fecha Completo: _____ Agencia: _____

() Tratamiento de drogas/ # de Sesiones Completadas: _____ Agencia: _____

() Prueba de Orina: Ultima Prueba: _____ Balance: \$ _____

() Batterer's Intervention/ # de Sesiones Completadas: _____ Agencia: _____

() GED o ESOL ? Ultima Clase que asistió: _____ Agencia: _____

() Evaluación de Salud Mental u Ofensores Sexuales _____ Agencia: _____

() Inmovilización automóvil: _____ Fecha: _____

() Otros: _____

Fecha de Próxima Cita y Hora: _____ ¿Problemas/Issues Discutidos? ¿Sí o No?

Explicación al reverso.

Firma _____ / Su firma certifica que la información es correcta y completa.

Para uso de la Oficina Solamente: UA _____ Comentarios: _____

