

Numero de niños menores que usted mantiene _____ Cantidad de mensualidad que usted paga _____

7. **¿ESTA A ESTE TIEMPO EN UNPROGRAMA DE TRATAMIENTO?** _____

NOMBRE DE LA AGENCIA _____

NUMERO DE TELEFONO DE LA AGENCIA _____

QUIEN SE TU CONSEJERO _____

ESTA CUMPLIENDO _____ **POR QUE** _____

8. ¿Tiñe usted Licencia valida para Manejar? Si No ¿Tiene seguro papa auto de Responsabilidad Civil? Si No Si así es, sumita prueba escrita del Seguro de Responsabilidad Civil (Tarjeta de Seguro de Veluculo) y una fotocopia de su licencia valida de manejar y/o tarjeta de identificación del Departmentode Licencias. Tarjeta de ID. *Estas deben ser sometidas cada tres meses durante el periodo de probación.*

9. ¿Esta usted actualmente siendo vigilada en casa pro un Monitor Electrónico? Si No así es de fecha de expiración: _____

10. ¿Se le requiere a usted traer en todos los vehículos que maneja trabas en la llave de contacto? Si No

11. **¿HA SIDO USTED ARRESTO Y/O HA RECIBIDO ALGUNA MULTA POR ALGUNA VIOLACION CRIMINAL DE TRAFICO DESDE SU ULTIMO REPORTE? SI NO**

SI ASI ES, EXPLIQUE: (ofensa, fecha, ciudad, del ticket)

12. Si usted necesita ayuda por favor expique:

Firme aquí

Fecha

TELEFONES PAPA PEDIR CITAS O ASISTENCIA

PAM L YOUNG
EPHRATA (509) 754-2011 EXT 386
LLAMADA GRATIS 1-800-572-0119

ANGIE L. HIGHTOWER
EPHRATA (509) 754-2011 EXT 373
LLAMADA GRATIS 1-800-572-0119

NOTA: ASEGURESE DE LLENAR WSTE FORMULARIO CON INFORMACION EXACTA. TODOS LOS ARRESTOS DEBEN SER REPORTADOS AUN SI FUE O NO FUE DECLAIADO CULPABLE. SU FALLO EN NO HACERLO PUEDE **RESULTAS EN QUE SE TENGA QUE REPORTAS MENSUALMENTE EN PERSONA.**