

**Corte De Distrito Del Condado Grant
Departamento De Libertad Condicional**

P.O BOX 37
EPHRATA, WA 98823

Reporte Mensual

Reporte para el mes de: _____ año ____ Numero de Prueba: # _____ Numero deCaso: _____

Su Diferido se vence _____ o cuando su tratamiento sea completo, el que sea de más largo.

POR FAVOR: DE LLENAR TODAS LAS SECCIONES EN ESTA FORMA, INCLUYENDO SU FIRMA Y FECHA.

1. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección Física: _____
Dirección de Envío: _____
Ciudad y Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono (casa) # _____ Celular: # _____
2. Nombre de Empleado: _____ Teléfono: _____
3. Está actualmente en un programa de tratamiento? (círculo) Sí o No
Nombre de la Agencia: _____ Número de Teléfono: _____
Nombre del Consejero: _____
4. Estás en conformidad con el tratamiento? (círculo) Sí o No
5. Tiene una licencia válida para conducir? (círculo) Sí o No
6. Tiene seguridad válida para su vehículo? (círculo) Sí o No
Si eligió que sí, por favor de mandar una copia de su licencia y seguridad valida. Debe de mandar una copia cada tres meses durante la supervisión
7. Está obligado a tener el bloqueo de encendido en su vehículo? (círculo) Sí o No
Nombre de Compania : _____ Teléfono: _____
8. Desde su último reporte, usted ha sido arrestado/a y/o ha recibido alguna multa de violación penal o de tráfico? (círculo) Si o No _____
9. Ha hecho su pago mensual a la Courte del Distrito?
(Circulo) Si o No o Pagado por Completo.

Firma: _____ Fecha: _____

Your probation officer is:

{ } Angie Hightower 754-2011 ext 3173 cell number (509) 237-2801
{ } Derek Dunkin 754-2011 ext 3186 cell number (509) 237-2250
{ } Kris Cruz 754-2011 ext 3184 cell number (509) 237-2617

Probation fax number: (509)766-5913