

Hood River County Sheriff's Office  
Parole/Probation Division  
309 State Street  
Hood River, OR 97031  
(541) 387-6862  
FAX (971) 228-3599



**Matt English**  
Sheriff

**Jamie Hepner**  
Commander

**Shaun Anderson**  
Parole/Probation Deputy

**Bertha Logsdon**  
Corrections Tech

**Brian Rockett**  
Chief Criminal Deputy

**Charlene Rapley**  
Parole/Probation Deputy

**Chelo Ramirez**  
Parole/Probation Deputy

**Don Collins**  
Work Crew Supervisor

Información Para El Mes De: \_\_\_\_\_ 2013 Oficial De Vigilancia: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de Mensajes: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre de personas que viven con usted y su relación con estas personas: \_\_\_\_\_

Numero de Licencia: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Es válida? \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_ # de Placa: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_ # de Placa: \_\_\_\_\_

Nombre de su Empleador: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_

Horas de trabajo: \_\_\_\_\_ am / pm a \_\_\_\_\_ am / pm Días de trabajo: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo

Cantidad ganado este mes? \_\_\_\_\_

Otras fuentes de ingreso? \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_

Nombre de Consejero: \_\_\_\_\_ Fecha de la última cita: \_\_\_\_\_ Fecha de la próxima cita: \_\_\_\_\_

Nombre de Consejero: \_\_\_\_\_ Fecha de la última cita: \_\_\_\_\_ Fecha de la próxima cita: \_\_\_\_\_

Horas de Servicio a la Comunidad trabajadas: \_\_\_\_\_

Cantidad de pago hecho a la Corte: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad de pago hecho para Supervisión: \$ \_\_\_\_\_

**Ha tenido contacto con la Policía este mes?** \_\_\_\_\_

Medicamentos que toma con receta medica:

Nombre: \_\_\_\_\_ Recetada por quien: \_\_\_\_\_ Para que las toma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Recetada por quien: \_\_\_\_\_ Para que las toma: \_\_\_\_\_

PPO NOTES ONLY \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

