

**HOOD RIVER COUNTY PAROLE/PROBATION
INFORME MENSUAL
309 State Street, Hood River OR 97031 (541) 387-6862**

Información Personal:
 Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____
 Estado: _____ Código Postal: _____
 Dirección de Correo: _____
 **Nueva Dirección: _____
 Teléfono: _____
 Teléfono Celular: _____
 Teléfono de Mensajes: _____
 Correo Electrónico: _____
 Nombre de personas que viven con usted y su relación con estas personas: _____

Mensaje al oficial de libertad condicional:

Responsabilidades Mensuales/Registro de la cárcel:
 ¿Estas registrándote desde la custodia? Si No
Si es así, debe ver al oficial de libertad condicional.
 Oficial de Vigilancia: _____
 Información Para El Mes De: _____
 ¿Has pagado tus honorarios? Si \$ _____ No
 Horas de Servicio a la Comunidad trabajadas: _____
 Cantidad de pago hecho a la Corte: \$ _____
 Restitución pagada: \$ _____

Contacto Policial:
 ¿Has tenido contacto con la policía este mes? Si No
Si es así, explica: _____

Empleo/Colegio/SSI:
 ¿Recibiendo SSI? Si No \$ _____
 ¿Asistir a la escuela? Si No
 Escuela Asistiendo: _____
 ¿Está usted empleado? Si No
 ¿Empleado tiempo parcial o tiempo completo?
 Salario: \$ _____ Hora Semana Mes
 Empleador: _____
 Dirección de Empleador: _____
 Teléfono de Empleador: _____
 Ingreso Total de Hogar: \$ _____

Información del Vehículo:
 Año: _____ Marca: _____ Modelo: _____
 Color: _____ Número de Placa: _____
 ¿Licencia de Conducir Valida? Si No

Tratamiento que Asiste: (Marque todo lo que corresponde)
 Mid Columbia Center for Living A&D TSI/BIP
 Mentor de Compañeros AA/NA MRT
 The Next Door/Parenting/HAPPA
 One Community Health/Providence Salud Mental
 Otro: _____
Medicamentos que toma con receta médica:
 1. Nombre: _____ Recetada por quien: _____
 Para que las toma: _____
 2. Nombre: _____ Recetada por quien: _____
 Para que la toma: _____

Objetivos del Plan de Acción Completados:	Fecha

Reconozco que la información anterior es verdadera y correcta.
 Firma: _____ Fecha: _____