

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

**Equipo de Trabajadores y Servicio a la Comunidad  
Solicitud**

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

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

Domicilio: \_\_\_\_\_

Dirección de Correos: \_\_\_\_\_

Núm. De Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

No. de seguro social: \_\_\_\_\_ fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Tribunal: \_\_\_\_\_ Causa: \_\_\_\_\_ Juez: \_\_\_\_\_

Marque lo que corresponde:

Libertad Condicional:  Si  No

Libertad Condicional al Tribunal:  Si  No

Programa Alternativo / Desviación:  Si  No

Condena Final:  Si  No

¿Arrestos previos por agresión?  Si  No

¿Arrestos previos por alguna ofensa sexual?  Si  No

La cuota para la solicitud para el servicio a la comunidad es \$25 y se debe pagar antes de usted comenzar el trabajo a la comunidad. A menos que se le ordene lo contrario, debe regresar este formulario a HRCCJ é iniciar el trabajo a la comunidad dentro de 14 días. El fallar en hacerlo resultara en que su caso sea remitido de nuevo al tribunal de condena para mas consideración:

Salud:

¿Esta usted en buena condición física y mental?  Si  No

Si es la respuesta es si, de una explicación \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna limitación física?  Si  No

Si tiene alguna, de una explicación \_\_\_\_\_

¿Por que condición medica esta recibiendo o ha recibido tratamiento en los cinco (5) años? \_\_\_\_\_

¿Que medicamentos recetados esta tomando? \_\_\_\_\_

**Contacto en caso de emergencia:**

Nombre / Domicilio / Teléfono: \_\_\_\_\_

**Por favor lea cuidadosamente:**

La Oficina de Justicia de la Comunidad de Hood River establece el minima de horas para usted y establece la fecha de vencimiento. Puede que el Juez le haya dicho que usted tiene un ano de programa alternativo (Desviación) o un año de libertad condicional. Esto no significa que tiene un ano para completar el trabajo a la comunidad.

Se le ha ordenado hacer \_\_\_\_ horas de trabajo a la comunidad. Usted debe llevar acabo un minima de \_\_\_\_ horas par mes, comenzando con el mes de 2019/20. Usted debe terminar todo el trabajo a la comunidad en o antes de . El no cumplir el trabajo a la comunidad de la manera acordada arriba puede resultar en terminación.

Al firmar este document usted se compromete a cumplir con los terminus, condiciones y reglas descritas en estes paginas.

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

## HOOD RIVER COUNTY COMMUNITY SERVICE

### Información necesaria antes de comenzar el servicio comunitario Llenar el formulario completamente en letra de imprenta

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

1. La fecha de hoy: \_\_\_\_\_
2. Cuota de Servicio Comunitario: \_\_\_\_ pagada \_\_\_\_ No pagado \_\_\_\_
3. Dirección: \_\_\_\_\_
4. Numero de teléfono: \_\_\_\_\_
5. Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_
6. Problemas de salud fisica: \_\_\_\_\_
7. Género: \_\_\_\_\_
8. Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_
9. Condado y Estado del tribunal: \_\_\_\_\_
10. Fecha de la Orden de la tribunal: \_\_\_\_\_
11. Nornbre del Juez: \_\_\_\_\_
12. Numero del Caso: \_\_\_\_\_
13. Fecha que se caduca su probatoria o fecha de corte:  
\_\_\_\_\_
14. Horas de servicio comunitario: \_\_\_\_\_
15. Probatoria formal \_\_\_\_ Probatoria informal \_\_\_\_ Acuerdo \_\_\_\_  
Sentencia final \_\_\_\_
16. Nombre de su oficial de probatoria: \_\_\_\_\_

## **Equipo de Trabajadores / Trabajo a la Comunidad**

### **Reglas**

El Equipo de Trabajadores consiste de trabajo físico efectuado en todo tipo de tiempo y varios tipos de terreno.

Don Collins es el supervisor del equipo de trabajadores del Condado de Hood River. Los días de trabajo son de Miércoles a Sábado de 8:00 am a 4:00 pm. Miembros del Servicio Comunitario de trabajo se reúnen de tras del edificio de la corte. ( van a ver el van blanco ) **Usted debe esperar hasta que lo / la recojan o hasta las 8:15am, lo que sea más pronto.** Si no lo recojen, venga a la oficina y recibirá dos (2) horas de crédito de trabajo a la comunidad para esa fecha. Usted trabajará un turno de ocho (8) horas y recibirá crédito por ocho (8) horas. Ya no damos crédito extra por buen trabajo hecho. Usted es un adulto y esperamos que efectúe un buen trabajo.

Como participante del programa de trabajadores del Condado de Hood River, yo estoy de acuerdo con las siguientes reglas y regulaciones. Estoy de acuerdo en apegarme a todas las instrucciones dadas al equipo de trabajadores por el supervisor del equipo de trabajadores. Entiendo que el fallar en obedecer estas reglas resultará en que se me despidan del equipo de trabajadores. Estoy de acuerdo en renunciar a mis derechos a cualquier audiencia en cuanto a mi despedida del programa del equipo de trabajadores del Condado de Hood River.

- ❖ Estoy de acuerdo en efectuar trabajo satisfactorio y los trabajos que se me asignen para recibir crédito completo. No se dará crédito por trabajo que se haga sin satisfacción. Yo soy responsable por cualquier daños criminales o civiles que cause a herramientas o propiedad en el sitio de trabajo.
- ❖ Estoy de acuerdo de abstenerme del uso de alcohol o drogas antes o durante el trabajo a la comunidad. Entiendo que esto es motivo para ser despedido inmediatamente del equipo de trabajadores. Estoy de acuerdo a análisis de la orina al momento y/o examen de aliento para propósitos de seguridad en el trabajo, la protección de trabajadores y propiedad.
- ❖ Se prohíbe fumar tabaco en propiedad del condado alrededor de la Corte o dentro de vehículos del condado. Se permite fumar únicamente durante descansos programados.
- ❖ Estoy de acuerdo en proveer mi propio almuerzo y bebida durante la hora de almuerzo en el equipo de trabajadores. Contenedores de líquidos deben ser bates o botellas sellados o termos. Las comidas están sujetas a inspección por el supervisor del equipo de trabajadores.
- ❖ Se prohíbe tener teléfonos móviles, radios, localizadores o cualquier otro equipo electrónico. No se permiten mochilas. Entiendo que se puede efectuar un cateo

no-fisico antes de subirme a la camioneta del equipo de trabajadores. (Esto quiere decir que el supervisor del equipo de trabajadores me puede pedir inspeccionar mis bolcillos o bolsa de almuerzo. Si encuentra cualquiera de estas cosas, entiendo que es requerido que las registre en la oficina y padre recojerlas al final del dia de trabajo).

- ❖ Estoy de acuerdo en seguir las practicas de seguridad para el trabajo.
- ❖ Estoy de acuerdo en reportar cualquier herida que reciba mientras este trabajando al supervisor del equipo de trabajadores inmediatamente.
- ❖ Sera requerido que llene cualquier reporte escrito de lesions dentro de 24 horas..
- ❖ Estoy de acuerdo en dar mi consentimiento a cateo de mi persona, si el supervisor del equipo de trabajadores tiene base razonable para creer que existe una violación del equipo de trabajadores. Entiendo que unicamente un oficial autorizado por la ley llevara acabo este cateo.

### **Llevar acabo el trabajo**

- ❖ Se deben usar chalecos de seguridad en todo momenta. Si se necesita equipo de seguridad, el supervisor del equipo de trabajadores lo proveera. Es de suma importancia el uso cuidadoso de las herramientas. Siempre este al tanto de otros trabajadores cuando use las herramientas.
- ❖ Si no esta familiarizado con la tarea o necesita una explicación de como efectuar la tarea, preguntele al supervisor del equipo de trabajadores.
- ❖ Permanezca en la area de area de trabajo asignada en todo momenta, incluyendo periodos de descanso, los cuales son a la discreción del supervisor del equipo de trabajadores.
- ❖ No se permite tener visitantes en el equipo de trabajadores.

### **Razon para Terminación**

Violación de las reglas mencionadas arriba. No se le permitira de regreso en el equipo de trabajadores hasta que vea a su Oficial de Libertad Condicional y se haya impuesto un castigo o comparezca ante la autoriadad de libertad y sea referido de nuevo al equipo de trabajadores.

Usted tiene que cumplir un minimo de 2 dias de Servicio Comunitario por mes, inscribirse de antemano en la recepcion de la oficina de libertab condicional. Si usted se anota para el Servicio Comunitario asegurse que usted puede estar ese dia disponible para cumplir con su Servicio Comunitario . Tres dias , eso sera causa de terminacion de su programa de Serivicio Comunitario

**He leído o me han leído las reglas y rezones para terminacion del equipo de trabajadores. \_\_Firma\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_**

**HOOD RIVER COUNTY SHERIFF'S OFFICE  
PAROLE & PROBATION DIVISION  
COMMUNITY SERVICE INSURANCE FUND**

FECHA:

NOMBRE:

TRIBUNAL:

NUMERO DE CAUSA:

FECHA EN QUE LO ORDENO EL TRIBUNAL O SE IMPUSO EL CASTIGO:

FECHA DE VENCIMIENTO ORDENADA PARA EL TRABAJO:

USTED DEBE PAGAR **\$25.00** SI SE LE ORDENA HAGER TRABAJO A LA COMUNIDAD COMO CONDICION DE SU LIBERTAD CONDICIONAL, LIBERTAD CONDICIONAL AL TRIBUNAL O DE OTRA MANERA ORDENADO POR EL TRIBUNAL O UN CASTIGO ESTRUCTURADO

\_\_\_\_\_

EL TRABAJO A LA COMUNIDAD NO DEBE COMENZAR HASTA QUE  
HAGA EL PAGO COMPLETO DE LA CUOTA POR MEDIO DE  
CHEQUE, GIRO POSTAL O EFECTIVO AL CONDADO DE HOOD  
RIVER.

EL FALLAR EN CUMPLIR SATISFACTORIAMENTE EL TRABAJO A LA COMUNIDAD  
PARA LA FECHA DE VENCIMIENTO RESULTARA EN TERMINACION.

SI ES REFERIDO DE NUEVO POR EL TRIBUNAL PARA HACER EL TRABAJO A LA  
COMUNIDAD ORDENADO ORIGINALMENTE O TRABAJO ADICIONAL LISTED DEBE  
PAGAR LA CUOTA DE NUEVO.

Empleado de Hood River County Community Justice    Acusado    Fecha  
Afirмо con mi firma que cumplire con todas las condiciones de trabajo y pagore las cuotas necesarias.

**Hood River County Sheriff's Office Parole & Probation Division  
Community Service Time Sheet**

Name:	SID
-------	-----

PO:	Docket #:
Hours:	Prob/Diversion:
If Sane, date imposed:	Paid, or date billed:

Date	Hours Worked	Hours Remaining