

# Alternative Custody Facility Solicitud de Inscripción

Custody Services Bureau, Custody Alternative Facility

1011 Las Juntas Street, Martinez, CA 94553 / Phone: (925) 313-4260 / Fax: (925) 313-4290 / Email: caf-ehd@so.cccounty.us



Nombre (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)				Fecha de Nacimiento	
Otros Nombres Usados					
Dirección Domiciliar (Dirección, con Número de Unidad)			Ciudad		Estado
Código Postal					
Numero de Teléfono Celular		Numero de Teléfono de Hogar		Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado)	
Correo Electrónico				Ciudadano Estadounidense? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Contacto de Emergencia (Nombre)			Relación	Numero Telefónico	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa
Raza (seleccione uno):	<input type="checkbox"/> Indio Americano	<input type="checkbox"/> Afroamericano		<input type="checkbox"/> Desconocido	
	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
Etnicidad (seleccione uno):	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino		<input type="checkbox"/> No-Hispano o Latino		
Estatura	Peso	Color de Cabello	Color de Ojos	Sexo	
Licencia de Conducir / Numero de identificación		Estatus de Licencia para Conducir: <input type="checkbox"/> Valida <input type="checkbox"/> Suspendida <input type="checkbox"/> Revocada <input type="checkbox"/> Restringida <input type="checkbox"/> Ninguno emitido			
Estatus militar de los Estados Unidos (requisito AB 2568)					
Ha servido en una rama del ejercito de Los Estados Unidos?			En caso afirmativo, qué rama de servicio?		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Air Force <input type="checkbox"/> Army <input type="checkbox"/> Coast Guard		
Rango:			<input type="checkbox"/> Marine Corps <input type="checkbox"/> Navy <input type="checkbox"/> Space Force		
Estatus: <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Baja honorable <input type="checkbox"/> Baja menos que honorable <input type="checkbox"/> Baja deshonrosa					
Tiene alguna condición médica o física que pueda hacer que sea perjudicial usar un monitor electrónico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, hable sobre esta condicion con su médico antes de presentar su solicitud a CAF.					

<b>Transferencia o local:</b> Está solicitando la transferencia al programa EHD del condado de Contra Costa desde otro condado?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, qué condado? _____	
<b>Armas / Armas de fuego:</b> Hay armas de fuego o municiones donde vivirás? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Iniciales del solicitante reconociendo este requisito: _____	

El programa CAF requiere que los participantes asistan semanalmente a citas programadas en la oficina de CAF en Martínez. ¿Contará con transporte confiable para llegar a la oficina de CAF, ya sea paseos, transporte público, etc.? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
<b>Información del vehículo:</b> (El vehículo utilizado para viajar hacia/desde visitas al consultorio).			
Marca: _____	Modelo: _____	Año: _____	
Color: _____	Placa: _____		

**Información Sobre Empleo/Escuela**

Empleador o escuela			
Ocupación/Oficio		Número de teléfono del empleador/escuela	
Dirección del empleador/escuela	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del supervisor de trabajo		Número de teléfono del supervisor	
Horario de trabajo/escuela (días y horas)			
Su horario de trabajo/escuela es constante o cambia? <input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Cambios / Frecuencia de cambios: _____			
Trabaja en un lugar o su trabajo requiere que esté en varios lugares? <input type="checkbox"/> Un lugar <input type="checkbox"/> Varios lugares			

**Si tiene un segundo trabajo o asiste a una segunda escuela, complete esta sección:**

Empleador o escuela			
Ocupación/Oficio		Número de teléfono del empleador/escuela	
Dirección del empleador/escuela	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del supervisor de trabajo		Número de teléfono del supervisor	
Horario de trabajo/escuela (días y horas)			
Su horario de trabajo/escuela es constante o cambia? <input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Cambios / Frecuencia de cambios: _____			
Trabaja en un lugar o su trabajo requiere que esté en varios lugares? <input type="checkbox"/> Un lugar <input type="checkbox"/> Varios lugares			

Autorizo al Sheriff del Condado de Contra Costa a comunicarse con mi(s) empleador(es) y/o escuela(s) para verificar mi situación laboral y/o escolar, mi horario laboral y/o escolar, y mi(s) ubicación(es) de trabajo y/o escuela.

**Iniciales del solicitante:** \_\_\_\_\_

**Información Residencial**

Liste a todas las personas que viven en su residencia

Nombre (Apellido, Primer Segundo)	Relación	Esta persona es mayor de 18 años?	
		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Vive con un víctima asociada con este caso?  Si  No

Entiendo que como parte del proceso de solicitud para un programa CAF, cualquier persona mayor de 18 años que viva conmigo debe ser notificada que soy participante en este programa y debe aceptar las reglas acerca de la residencia. Haré que cada uno de ellos firme un "Acuerdo de residente" y lo enviaré como parte de mi solicitud o inmediatamente después de la inscripción. Entiendo que la Oficina del Sheriff del Condado de Contra Costa puede comunicarse con cualquier persona mayor de 18 años que viva conmigo para verificar que comprenda y acepte las reglas del programa.

Iniciales del solicitante: \_\_\_\_\_

<p><b>Número de Perros en la Residencia:</b> _____</p> <p>Tamaño: <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Pequeño</p> <p>Comportamiento: <input type="checkbox"/> Agresivo <input type="checkbox"/> Dócil</p>
---

**Declaración**

Por la presente declaro que la información que he proporcionado es verdadera y correcta a mis conocimientos.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del especialista en revisión

\_\_\_\_\_  
Fecha