



Custody Services Bureau
Custody Alternative Facility
 1011 Las Juntas Street
 Martinez, CA 94553
 Phone: (925) 313-4272
 Fax: (925) 313-4290
 Email: caf-wap@so.cccounty.us

Michael V. Casten
Undersheriff

Solicitud del Programa Alternativo de Trabajo del Sheriff

Booking Number	Docket Number	Original Case Number	Days
NO LLENE ESTA ÁREA			

Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Dirección Domiciliar (Dirección, con Número de Unidad)			Ciudad		Estado
Código Postal		Número de teléfono de casa		Número de Celular	
Otro número de teléfono		Fecha de nacimiento		Sexo	
Raza		Estatura		Peso	
Color de Ojos		Color de Pelo		Lugar de nacimiento (ciudad, estado, país)	
Ciudadano americano?		Número de Seguro Social		Licencia de conducir/Número de identificación	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Estado de la licencia de conducir (marque uno):		<input type="checkbox"/> Válida/Activa		<input type="checkbox"/> Suspendida	
		<input type="checkbox"/> Ninguno emitido		<input type="checkbox"/> Revocada	
		<input type="checkbox"/> Restringida. Explique:			
Ha servido en una rama del ejército de los EE. UU.		En caso afirmativo, qué rama de servicio y rango:			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Estado: <input type="checkbox"/> Activo		<input type="checkbox"/> Descarga honorable	
		<input type="checkbox"/> Baja menos que honorable		<input type="checkbox"/> Baja deshonrosa	
Empleador			Occupation		
Dirección completa (Dirección, Ciudad, Código Postal, con Número de Unidad)					
Número de teléfono laboral		Nombre del supervisor		Número de teléfono del supervisor	
Nombre de Contacto de Emergencia				Relación	
Dirección (Dirección, Ciudad, Código Postal, con Número de Unidad)				Teléfono celular / residencial	

Entiendo que el trabajo a realizar es trabajo físico manual y sin experiencia.

Yo puedo hacer este trabajo. **Yo NO puedo hacer este trabajo.**

Yo autorizo a la Oficina del Sheriff del Condado de Contra Costa a divulgar la información de este formulario en mi lugar de trabajo asignado. Entiendo que el lugar de trabajo necesita esta información para supervisarme adecuadamente y mantendrán un seguro de compensación laboral.

Declaro bajo pena de perjurio que la información aquí contenida es verdadera y correcta.

Firma _____

Fecha _____ *Revised 04/09/2025*