



Stanislaus County Sheriff's Office

Alternative Work Program
194 E. Hackett Road
Modesto, CA 95354
Office (209) 491-8771 Fax (209) 491-8774

APPLICATION

Date/ Fecha _____

Name/ Nombre _____

Last/Apelido

First/Primer Nombre

Middle/Medio Nombre

Other Names Used Previously _____
(Otros Nombres Utilizaron Previamente)

Address/ Domicilio _____ City/Ciudad _____ Zip/Codigo Postal _____

Home Phone/Telefono Casero _____ Cell Phone/ Telefono Portatil _____

Date of Birth/ Fecha de nacimiento _____ Place of Birth/Lugar del nacimiento _____

Marital Status/Estado civil _____ Sex/Sexo _____ Race/Raza _____ Age/Edad _____ Height/Estatura _____

Weight/Peso _____ Hair/Pelo _____ Eyes/Ojos _____ Social Security#/Numero de Seguro Social _____

Drivers License#/Numero de Licencia de Manejar _____ Expires/Vencimiento _____

Do you have reliable transportation? _____ Have you ever been on AWP? _____ Did you complete the program? _____
(usted tiene transporte confiable?) (Alguna vez participo en el programa de AWP?) (Termino el Programa?)

When?/Cuando? _____ What County?/ Qué condado? _____

EMPLOYMENT INFORMATION/ Infomacion de Empleo

Occupation/Oficio _____ Employer/Patron _____

Address/Domicilio _____ City/Ciudad _____ State/Estado _____ ZIP/Codigo Postal _____

Phone/Telefono _____ Supervisor _____

EMERGENCY CONTACT INFORMATION/ Informacion para contacto de emergencia

Name/Nombre _____ Relationship/Parentesco _____

Address/Domicilio _____ City/Ciudad _____ State/Estado _____ ZIP/Codigo Postal _____

Home Phone/Telefono Casero _____ Cell Phone/Telefono Portatil _____ Work#/Telefono de Trabajo _____

MEDICAL INFORMATION/ Informacion Medica

Are you now under doctor's care for medical or psychiatric reasons? Yes / No
(está usted ahora bajo los doctores cuida por razones médicas o psiquiátricas?)

Are you taking medications? Yes / No If so, What? _____
(Usted está tomando medicaciones? ¿Si es así qué?)

Do you now have or have you ever had any of the following? Yes, Please circle below / No
(¿Usted ahora tiene o usted ha tenido nunca siguiente un de los? circunde por favor abajo)

____ Back Problems/ problemas posteriores ____ Heart Disease/ enfermedad cardíaca ____ Seizures/ asimientos
____ Knee Problems/problemas de la rodilla ____ Emphysema/enfisema ____ Psychiatric Problems/ problemas psiquiátricos
____ Diabetes ____ High Blood Pressure/tensión arterial alta ____ Recent Surgeries? If so, When? cirugías recientes. ¿Si es así cuando?

Surgery information _____

Have you been on Workman's Compensation In the last 12 months? Yes / No
(¿usted ha estado en la remuneración de los workmans en los doce meses pasados?)

Are you on Workman's Compensation or S.S.I. at this time? Yes / No
(¿Está usted en la remuneración del trabajador o S.S.I. en este tiempo?)

Females only: Are you pregnant at this time? Yes / No
(hembras solamente: ¿Es usted embarazado en este tiempo?)

Applicant's Signature/Firmado _____