



## **Alternative Work Program (AWP)**

Este programa involucra proyectos de mejoramiento comunitario y está orientado a la mano de obra. Debe ser capaz de realizar trabajos manuales sin restricciones médicas. La jornada laboral es de ocho (8) a diez (10) horas. Aunque es posible que conserve su trabajo habitual, no estamos obligados a programar en función de sus horas de trabajo. El programa está limitado a personas que son sentenciadas a noventa (90) días o menos. Todos los solicitantes deben completar una solicitud y proporcionar todos los documentos de respaldo necesarios, incluida la identificación adecuada, al menos treinta (30) días antes de la fecha de entrega. No se permite el consumo de alcohol ni drogas (incluido el cannabis) mientras se está en el programa. Se le otorga un día de crédito por cada día de trabajo que complete.

Los sitios de trabajo están disponibles en todo el condado y están disponibles los 7 días de la semana.

**El Programa de Trabajo Alternativo NO es Transferible a otros condados.**

# **Jail Alternatives Unit**

194 E. Hackett Rd.

Modesto, CA 95358

**(209) 491-8771**

Office hours: Monday-Friday

8 am- 4:00 pm

## **Copias necesarias para completar su solicitud:**

- Orden de minuta judicial
- Términos de la libertad condicional
- Licencia de conducir válida (cédula de identidad o pasaporte)
- Informe policial (a petición del Diputado)
- Nota del médico que proporcione autorización médica (si responde afirmativamente, cualquier pregunta médica)
- Horario de trabajo actual (si está empleado)

## **Solicitantes en custodia**

Los solicitantes en custodia solo necesitan proporcionar una solicitud completa

STANISLAUS COUNTY SHERIFF'S OFFICE

JAIL ALTERNATIVES UNIT

SOLICITUD DE PROGRAMA DE TRABAJO ALTERNATIVO



Jeff Dirkse  
Sheriff Coroner

**PERSONAL INFORMATION (INFORMACIÓN PERSONAL)**

Full Name (Nombre Completo)		Date of Birth (Fecha de Nacimiento)				
Telephone # (Número de teléfono)	Email Address (Correo electrónico)		Driver's License # (Número de licencia de conducir)			
Physical Home Address (Dirección física de su casa)			City (Ciudad)		ZIP (Código Postal)	
Booking/ Stanco #	Sex (Género)	Race (Raza)	Height (Altura)	Weight (Peso)	Hair (Cabello)	Eyes (Ojos)
Social Security # (Número de Seguro Social)	Reliable Transportation (Transporte confiable) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Have you ever been on AWP? (¿Alguna vez ha estado en AWP?) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If yes, did you complete the program? (¿Completó el programa?) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No When? (Cuando?)	

**EMERGENCY CONTACT INFORMATION (INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA)**

Full Name (Nombre Completo)		Relationship (Relación)
Home Address (Domicilio)		Phone # (Número de Teléfono)

**EMPLOYMENT INFORMATION (INFORMACIÓN DE EMPLEO)**

Employer (Empleador)	Supervisor's Name (Nombre del Supervisor)
Address (Domicilio)	Phone # (Número de Teléfono)

**MEDICAL INFORMATION (INFORMACIÓN MÉDICA)**

Are you seeing a doctor? (¿Está viendo a un médico?)  Sí  No

Are you taking any medication? (¿Está tomando algún medicamento?)  Sí  No

If yes, list each of the medications: \_\_\_\_\_

(En caso afirmativo, haga una lista de cada uno de los medicamentos: \_\_\_\_\_)

Have you ever had any of the following (¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes?):

Diabetes (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Seizures (Convulsiones)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
High Blood Pressure (Presión Arterial Alta)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Psychiatric Problems (Problemas Psiquiátricos)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Heart Disease (Enfermedad Cardíaca)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Back Problems (Problemas de Espalda)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Have you had any recent surgeries? (¿Ha tenido alguna cirugía recientemente?)  Sí  No

If yes, how long ago? (En caso afirmativo, ¿Cuánto tiempo hace?) \_\_\_\_\_

**Females only (Solo Mujeres)-** Are you pregnant? (¿Está embarazada?)  Sí  No

If yes, how far along? (Si está embarazada, ¿cuánto tiempo lleva?) \_\_\_\_\_

Have you been on Workman's Compensation or S.S.I. in the last 12 months?  Sí  No

¿Ha estado recibiendo Compensación Laboral o S.S.I. en los últimos 12 meses?

**Applicant signature (Firma del solicitante):** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

FOR OFFICIAL ONLY

# Programa de Trabajo Alternativo Acuerdo del Recluso, Reglas y Regulaciones

**Advertencia:** Cualquier violación de las Reglas y Regulaciones del Programa de Trabajo Alternativo, o cualquier violación de las leyes de la ciudad, el condado, el estado o la ley federal mientras esté en este programa puede hacer que usted no participe del programa y regrese a la custodia. Si esto ocurre, es posible que se le prohíba participar en cualquier programa de liberación ofrecido por la Oficina del Sheriff del Condado de Stanislaus durante un mínimo de seis (6) meses a partir de la fecha en que regrese a la cárcel.

1. \_\_\_\_ Debo informar en la fecha y hora acordadas en mi contrato de Promesa de Comparecencia. La falta de presentación en el sitio de trabajo asignado a la hora especificada, el comportamiento insubordinado hacia el supervisor del sitio o la falta de realización de mi trabajo asignado resultará en la falla del Programa de Trabajo Alternativo y puedo ser devuelto a la custodia.
2. \_\_\_\_ Como participante, soy consciente de que estoy sujeto a un registro e incautación de mi persona, efectos personales y vehículo (s) registrado a mi nombre o en el que me encuentre en ese momento, por parte del personal de Jail Alternative o cualquier oficial de paz, en cualquier momento, sin el requisito de causa probable u orden de registro. Si se me encuentra en posesión de contrabando, es posible que me reprobren del programa y que me devuelvan a la custodia. **El contrabando incluye alcohol, cannabis, narcóticos, armas y más de doce horas de medicamentos recetados o sin receta.**
3. \_\_\_\_ Entiendo que no puedo poseer ni consumir alcohol, cannabis o "droga callejera", ni poseer o usar ninguna droga a menos que sea recetada por un médico, y que cualquier violación de esto resultará en mi expulsión del programa.
4. \_\_\_\_ Estoy de acuerdo en someterme a cualquier detección de alcohol o drogas a solicitud del personal de Jail Alternatives o por cualquier oficial de paz debidamente autorizado del Estado de California. Presentarme a trabajar bajo la influencia del alcohol o las drogas puede resultar en mi fracaso del programa y mi regreso a la custodia.
5. \_\_\_\_ El transporte al lugar de trabajo es mi responsabilidad. Debo presentarme en mi lugar de trabajo **llueva o truene** con ropa adecuada. **NO** pantalones de chándal, pantalones cortos, camisetas sin mangas de ningún tipo o zapatos abiertos (sandalias). La ropa debe ser adecuada para el trabajo al aire libre. Debo proporcionar mi propio equipo de lluvia.
6. \_\_\_\_ En caso de que me lesione, debido al trabajo realizado, me pondré en contacto inmediatamente con el supervisor del lugar de trabajo y completaré toda la documentación necesaria. Buscaré y daré seguimiento a todos los tratamientos según las indicaciones.
7. \_\_\_\_ Llevaré mi propio almuerzo. No se me permitirá salir del lugar de trabajo para comprar o comer mi almuerzo. Es posible que nadie me traiga el almuerzo. Debo comer mi almuerzo en el área de descanso designada.
8. \_\_\_\_ Estoy de acuerdo en usar el chaleco de identificación autorizado "Sheriff's AWP" mientras participo en el lugar de trabajo.
9. \_\_\_\_ No se me permitirá recibir visitas ni hacer llamadas telefónicas personales. Todos los teléfonos celulares y dispositivos móviles deben estar apagados y fuera de la vista. No debo comunicarme con nadie en el lugar de trabajo que no sean supervisores u otros participantes que trabajen conmigo en el sitio.
10. \_\_\_\_ Entiendo que todas las preguntas relacionadas con mi horario de trabajo deben dirigirse a la Oficina de Alternativas Penitenciarias. Nadie en el lugar de trabajo puede ayudarme. Nadie en el lugar de trabajo puede reprogramar o ajustar mi horario de trabajo y cualquier cambio en mi horario de trabajo debe hacerse en persona en la Oficina de Alternativas a la Cárcel. **No puedo reprogramar por teléfono.** Debo ir a la oficina para reprogramar. Debo llamar al personal de Jail Alternatives si no puedo reprogramar antes de la ausencia para que pueda hacerlo el día de la ausencia. Debo reprogramar dentro de un día hábil de mi ausencia.
11. \_\_\_\_ Es mi responsabilidad comunicarme con mi Adjunto **inmediatamente** si cambio mi dirección o número de teléfono (incluidas las desconexiones). Siempre mantendré esta información actualizada. Además, entiendo que todos los asuntos relacionados conmigo mientras esté en este programa serán comunicados solo por mí, no por familiares, amigos o cualquier otra persona.
12. \_\_\_\_ Entiendo que, si he sido liberado de un centro de custodia para participar en este programa, debo presentarme **INMEDIATAMENTE A LA LIBERTAD CONDICIONAL** según lo ordenado por el Tribunal Superior del Condado de Stanislaus. Además, entiendo que debo continuar con cualquier programa de asesoramiento o rehabilitación y seguir todas las órdenes del Tribunal Superior del Condado de Stanislaus, Libertad Condicional o Alternativas a la Cárcel.
13. \_\_\_\_ Entiendo que faltar a cualquier parte de una jornada laboral es lo mismo que faltar todo el día.
14. \_\_\_\_ Todos los días perdidos son "injustificados" a menos que proporcione una excusa válida por escrito de un médico, el tribunal, la libertad condicional u otra agencia gubernamental que enumere todas las fechas que perdí. Un día puede ser excusado para asistir al funeral de un familiar directo.
15. \_\_\_\_ Si me pierdo un día de fin de semana, mi día de maquillaje será un día laborable en el sitio. Si pierdo un día de trabajo programado, no se me permitirá volver a trabajar hasta que haya compensado la ausencia con el personal de Jail Alternatives.

Entiendo que la participación en el Programa de Trabajo Alternativo es un **privilegio, no un derecho**. En cualquier momento, sin causa, puedo ser expulsado del programa y devuelto a la custodia para completar mi sentencia. Este programa es operado únicamente para el beneficio de las instalaciones de custodia.

Por la presente, acepto cumplir con todas las leyes, ordenanzas, reglas y regulaciones del programa municipales, del condado, estatales y federales, y órdenes. Además, entiendo y acepto que el no hacerlo resultará en mi expulsión del programa, mi regreso a un centro de custodia, medidas disciplinarias y un posible enjuiciamiento penal.

**He leído las Reglas y Regulaciones anteriores y entiendo que cualquier violación causará el fracaso de este programa y regresará a la custodia.**

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

**EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo \_\_\_\_\_, reconozco que el Departamento del Sheriff del Condado de Stanislaus me está permitiendo el privilegio de participar en su Programa de Trabajo Alternativo, en lugar de cumplir mi sentencia bajo custodia. Como parte de la consideración para ser admitido en este programa, acepto todos los términos y condiciones establecidos en este acuerdo.

Entendiendo que la participación en este programa podría implicar riesgos potenciales, por la presente libero para siempre, eximo de responsabilidad, despido y acepto defender e indemnizar a la Oficina del Sheriff, al Condado de Stanislaus, a cualquier lugar de trabajo donde se me asigne trabajar, y a todos los demás que puedan ser responsables, de todas y cada una de las responsabilidades, reclamos, demandas o causas de acción que pueda tener en el futuro por motivos personales, corporalmente, muerte, lesiones mentales, daños a la propiedad, pérdidas económicas, honorarios de abogados o cualquier otro tipo de lesión o daño que surja de mi participación en el programa. Esto incluye todas las actividades, incluidas, entre otras, las pérdidas causadas por negligencia pasiva o activa, o cualquier otro tipo de negligencia de las partes liberadas, o defectos ocultos, latentes u obvios en las instalaciones o equipos utilizados.

Acepto, sin costo alguno para la Oficina del Sheriff, el Condado de Stanislaus y el lugar de trabajo, defender a la Oficina del Sheriff, al Condado de Stanislaus y al lugar de trabajo de cualquier reclamo relacionado con lesiones o lesiones o daños a terceros como se especifica anteriormente.

Acepto que soy financieramente responsable de todos los gastos médicos que pueda tener mientras participo en el programa.

**CONTRATO DE TRABAJO**

También me comprometo \_\_\_\_\_ a no trabajar más de cuatro (4) horas en ninguna actividad, como otro trabajo, servicios voluntarios, etc., en ningún día, en el que participe como trabajador en el Programa de Trabajo Alternativo. Estoy de acuerdo con esto, por razones de seguridad, para evitar fatigarme, lo que puede resultar en lesiones y / o daños a otros o a mí mismo.

No tengo ninguna condición médica o discapacidad que me impida participar en el Programa de Trabajo Alternativo. Puedo pararme de pie, trabajar de ocho (8) a diez (10) horas por día y puedo levantar o cargar al menos veinticinco (25) libras.

Entiendo que el incumplimiento de las reglas del Programa de Trabajo Alternativo resultará en mi fracaso del programa y puede resultar en ser puesto en custodia.

He discutido el Programa de Trabajo Alternativo y este Acuerdo con un representante del Programa de Trabajo Alternativo. Celebro este Acuerdo a sabiendas, intencional y voluntariamente, y acepto los términos de este Acuerdo en consideración a la oportunidad de trabajar 1 día (períodos de 24 horas) de mi sentencia trabajando durante un período de 8 a 10 horas bajo el programa.

**He leído la Exención de Responsabilidad y el Acuerdo de Trabajo. Entiendo los detalles de este acuerdo.**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Contrato de Promesa de Aparición**

Yo \_\_\_\_\_, prometo presentarme a trabajar según lo programado por la Unidad de Alternativas Penitenciarias. El Departamento del Sheriff puede llevarlo de inmediato a prisión preventiva para cumplir el resto de su sentencia si no se presenta según lo programado, no realiza el trabajo asignado o por cualquier otra razón ya no es apto para el programa. Cualquier persona que viole intencionalmente su promesa escrita de comparecer en el momento y lugar especificados es culpable de un delito menor según el Código Penal 4024 (C) PC.