



Arresto domiciliario (Monitoreo Electrónico)

Este programa permite que una persona cumpla su condena en los confines de su residencia y se pueden hacer autorizaciones para que puedan asistir a su empleo regular o a la escuela. Cada solicitante debe completar una solicitud, proporcionar todos los documentos de respaldo necesarios al menos treinta (30) días antes de la fecha de entrega.

Usted, su casa, vehículo(s) y todas las personas mayores de 18 años que vivan en la casa estarán sujetas a registro en todo momento mientras estén en este programa. No se permiten drogas (incluido el cannabis) ni alcohol en el hogar mientras se está en el programa; Esto se aplica a las otras personas que viven en el hogar. Debe tener permiso del personal de detención domiciliaria para salir de su hogar por cualquier motivo.

Se le otorga un (1) día de crédito por cada día que esté en el programa.

El Programa de Detención Domiciliaria puede ser transferible a algunos otros condados. Las transferencias fuera del condado deben entregarse al menos noventa (90) días antes de la fecha de entrega.

Solicitantes en custodia

Una vez que haya completado su parte de la solicitud. Envíelo a un amigo o familiar para completar la parte restante de la solicitud. (Firmas, contrato de alquiler, licencia de conducir, seguro y registro si no se puede obtener por usted mismo).

Jail Alternatives Unit

194 E. Hackett Rd.
Modesto, Ca 95358
(209) 491-8771

Horario de Oficina: De Lunes a Viernes
8:00 a.m. - 4:00 p.m.

Copias necesarias para completar su solicitud:

- Orden de minuta de la corte
- Términos de la libertad condicional
- Denuncia policial
- Licencia de conducir válida (tarjeta de identificación o pasaporte)
- Matrícula de vehículo válida
- Seguro de vehículo válido
- Contrato de alquiler (estado de cuenta de la hipoteca o impuesto sobre la propiedad).
- Licencia comercial (para trabajadores por cuenta propia)
- Licencia de contratista (si corresponde)
- Verificación del Seguro de Compensación para Trabajadores.

Esto se puede hacer de dos maneras:

- Una copia de la Póliza de Seguro de Compensación para Trabajadores de su empleador.
- Una carta de su empleador escrita a máquina en papel membretado de la empresa con la siguiente información:
 - 1) El nombre de la compañía de seguros.
 - 2) El número de póliza.
 - 3) La fecha de vencimiento de la póliza

STANISLAUS COUNTY SHERIFF'S OFFICE
JAIL ALTERNATIVES UNIT
SOLICITUD DE ARRESTO DOMICILIARIO



Jeff Dirkse
 Alguacil Forense

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre completo					Fecha de nacimiento	
Teléfono #		Dirección de correo electrónico			Licencia de conducir #	
Dirección de la casa			Ciudad		Código Postal	
Booking/ Stanco #	Sexo	Raza	Altura	Peso	Cabello	Ojos
Estado civil		Nombre del cónyuge				
Teléfono del cónyuge #		Dirección del cónyuge (si es diferente a la dirección del solicitante)				

¿Alguna vez has estado en el ejército? Sí No
 ¿Alguna vez ha estado en un Programa de Detención Domiciliaria antes? Sí No
 Si es así, ¿lo completaste con éxito? Sí No

LIBERACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE BÚSQUEDA PREVIA A LA ACEPTACIÓN

Yo _____ Fecha de nacimiento _____, soy el
 (Nombre)

Propietario legal/inquilino registrado en:

 (Dirección)

Como propietario legal / inquilino (s) registrado (s) de la propiedad mencionada anteriormente, por la presente doy mi consentimiento para que el personal de la Unidad de Alternativas a la Cárcel realice una inspección previa a la aceptación de esta residencia, **incluidos, entre otros, todos los edificios, áreas de almacenamiento y vehículos**. Además, soy consciente de que se pueden realizar inspecciones de residencia aleatorias sin previo aviso en cualquier momento mientras esté en el programa.

 Firma

 Fecha

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre completo		Fecha de nacimiento
Teléfono #	Dirección de correo electrónico	Licencia de conducir #
Dirección de la casa	Ciudad	Código Postal
Relación		

INFORMACIÓN DE EMPLEO

Situación laboral: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Tiempo parcial		
Nombre de la empresa del empleador	Cargo/Ocupación	
Dirección del empleador		
¿Tu trabajo requiere que te reportes a diferentes ubicaciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Horario de trabajo <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Dom		
Horas:		
Nombre del supervisor	Teléfono del supervisor #	

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA

Estado de inscripción: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Tiempo parcial		
Nombre de la escuela	Campo de estudio	
Dirección de la escuela		
Horario escolar <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Dom		
Horas:		

CONTRATO DE TRANSPORTE

Entiendo que al firmar a continuación y ofrecerme como conductor para este solicitante, mi automóvil estará sujeto a registro en cualquier momento que transporte al solicitante o mientras esté en la ubicación de residencia del solicitante.

Marque la casilla si planea usar solo el transporte público

CONDUCTOR 1 / YO

Nombre			Fecha de nacimiento
Licencia de conducir #		Matrícula #	Caducidad del registro
Año del vehículo	Marca del vehículo	Modelo de vehículo	Color
Compañía de seguros		Número de póliza	Fecha de caducidad
Firma del conductor		Relación con el solicitante	

CONDUCTOR 2

Nombre			Fecha de nacimiento
Licencia de conducir #		Matrícula #	Caducidad del registro
Año del vehículo	Marca del vehículo	Modelo de vehículo	Color
Compañía de seguros		Número de póliza	Fecha de caducidad
Firma del conductor		Relación con el solicitante	

Firma del solicitante:

Fecha:

ACUERDO DE CONVIVENCIA / PERMISO DE BÚSQUEDA

Yo _____ Fecha de Nacimiento _____
 (Nombre)

estoy solicitando para el Programa de Monitoreo Electrónico de la Oficina del Sheriff del Condado de Stanislaus. Si es aceptado, residiré en:

_____ (Dirección)

Entiendo, como adulto de 18 años o más, al firmar a continuación que mi persona y propiedad en la dirección anterior están sujetas a registro en cualquier momento del día o de la noche sin el requisito de causa probable, consentimiento u orden de registro por parte del personal de Jail Alternatives o por cualquier oficial de paz debidamente autorizado del Estado de California durante mi participación en el programa. Estoy de acuerdo en permitir el acceso a todas y cada una de las puertas cerradas, cajas fuertes, gabinetes u otros artículos cerrados con llave a solicitud del personal de Jail Alternatives.

También entiendo que el hecho de no permitir la entrada a mi hogar o cualquier área cerrada con llave de mi hogar cuando lo solicite el personal de Jail Alternatives o un oficial de paz debidamente autorizado resultará en mi expulsión del Programa de Monitoreo Electrónico y regresaré al encarcelamiento estándar.

Firma

Fecha

Información adicional sobre la vivienda

¿Hay perros en las instalaciones? Sí No, en caso afirmativo, ¿cuántos? _____ raza _____
 ¿Cuántos vehículos hay en la propiedad? _____
 ¿Hay hijos menores de edad que vivan en la casa? Sí No

OCUPANTES ADICIONALES DE LA RESIDENCIA

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación
Firma (mayores de 18 años)	Licencia de conducir #	Teléfono #
Militares anteriores o actuales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Armas de fuego registradas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Solo para uso en oficina: <input type="checkbox"/> Fotocopia de documento de identidad con fotografía
¿Actualmente está bajo supervisión comunitaria con una agencia local, estatal o federal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Agencia	Oficial Supervisor	Teléfono del oficial #

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación
Firma (mayores de 18 años)	Licencia de conducir #	Teléfono #
Militares anteriores o actuales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Solo para uso en oficina: <input type="checkbox"/> Fotocopia de documento de identidad con fotografía
Armas de fuego registradas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Actualmente está bajo supervisión comunitaria con una agencia local, estatal o federal?		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Agencia	Oficial Supervisor	Teléfono del oficial #

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación
Firma (mayores de 18 años)	Licencia de conducir #	Teléfono #
Militares anteriores o actuales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Solo para uso en oficina: <input type="checkbox"/> Fotocopia de documento de identidad con fotografía
Armas de fuego registradas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Actualmente está bajo supervisión comunitaria con una agencia local, estatal o federal?		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Agencia	Oficial Supervisor	Teléfono del oficial #

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación
Firma (mayores de 18 años)	Licencia de conducir #	Teléfono #
Militares anteriores o actuales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Solo para uso en oficina: <input type="checkbox"/> Fotocopia de documento de identidad con fotografía
Armas de fuego registradas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Actualmente está bajo supervisión comunitaria con una agencia local, estatal o federal?		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Agencia	Oficial Supervisor	Teléfono del oficial #

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación
Firma (mayores de 18 años)	Licencia de conducir #	Teléfono #
Militares anteriores o actuales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Solo para uso en oficina: <input type="checkbox"/> Fotocopia de documento de identidad con fotografía
Armas de fuego registradas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Actualmente está bajo supervisión comunitaria con una agencia local, estatal o federal?		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Agencia	Oficial Supervisor	Teléfono del oficial #

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación
Firma (mayores de 18 años)	Licencia de conducir #	Teléfono #
Militares anteriores o actuales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Solo para uso en oficina: <input type="checkbox"/> Fotocopia de documento de identidad con fotografía
Armas de fuego registradas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Actualmente está bajo supervisión comunitaria con una agencia local, estatal o federal?		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Agencia	Oficial Supervisor	Teléfono del oficial #

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación
Firma (mayores de 18 años)	Licencia de conducir #	Teléfono #
Militares anteriores o actuales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Solo para uso en oficina: <input type="checkbox"/> Fotocopia de documento de identidad con fotografía
Armas de fuego registradas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Actualmente está bajo supervisión comunitaria con una agencia local, estatal o federal?		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Agencia	Oficial Supervisor	Teléfono del oficial #

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación
Firma (mayores de 18 años)	Licencia de conducir #	Teléfono #
Militares anteriores o actuales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Solo para uso en oficina: <input type="checkbox"/> Fotocopia de documento de identidad con fotografía
Armas de fuego registradas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Actualmente está bajo supervisión comunitaria con una agencia local, estatal o federal?		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Agencia	Oficial Supervisor	Teléfono del oficial #

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación
Firma (mayores de 18 años)	Licencia de conducir #	Teléfono #
Militares anteriores o actuales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Solo para uso en oficina: <input type="checkbox"/> Fotocopia de documento de identidad con fotografía
Armas de fuego registradas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Actualmente está bajo supervisión comunitaria con una agencia local, estatal o federal?		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Agencia	Oficial Supervisor	Teléfono del oficial #

Preselección médica

¿Está bajo el cuidado de un médico por alguna razón médica o psiquiátrica? Sí No

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:

Nombre del médico
Dirección
Número de teléfono

¿Estás tomando algún medicamento? Sí No

En caso afirmativo, haga una lista de cada uno de los medicamentos:

¿Alguna vez has tenido alguno de los siguientes síntomas?

Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas psiquiátricos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
SIDA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Solo mujeres- ¿Estás embarazada? Sí No En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo ha avanzado

Firma del solicitante:

Fecha:

Hoja de datos del empleado

A ser completado por el empleador

Nombre del negocio/empresa: _____

Dirección de la empresa _____

Nombre del supervisor: _____ Número de teléfono del supervisor _____

Nombre del empleado: _____

Fecha de alquiler: _____ Tiempo con la empresa: _____ años.

Cargo: _____ Hora de inicio: _____ Hora de finalización: _____

Días laborables: dom lun mar mié jue vie sáb
(Marque con un círculo los días apropiados)

¿El trabajo requiere desplazamiento? Sí No En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?

Salario por hora: \$ _____ Frecuencia de pago: _____

Es responsabilidad del empleador lo siguiente:

1. Reporte de tardanzas y/o ausencias a la Oficina de Alternativas Carcelarias.
2. Denuncie inmediatamente cualquier consumo de alcohol o drogas a la Oficina de Alternativas a la Cárcel.
3. Notifique a la Oficina de Alternativas Carcelarias de cualquier lesión.
4. Proporcionar al empleado el equipo de seguridad necesario.
5. Permita que los empleados tengan tiempo para cumplir con las pruebas aleatorias de drogas y alcohol.
6. Reportar cualquier cambio en la situación laboral a la Oficina de Alternativas Carcelarias (es decir, terminación del empleo)

**Estoy de acuerdo en comunicarme con la oficina de Jail Alternatives para cualquiera de los términos anteriores.
Principal: 209.491.8771**

He leído y acepto las condiciones anteriores y entiendo que cualquier violación de estas condiciones por parte del empleado será causa de su expulsión del Programa de Monitoreo Electrónico.

Nombre y cargo impresos del empleador

Firma del empleador

Fecha

Acuerdo, Reglas y Regulaciones del Recluso

1. _____, entiendo que la participación en el Sistema Electrónico
(Nombre)
El Programa de Monitoreo es voluntario. 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 puede resultar en mi expulsión del programa, ser devuelto a un centro de custodia, acción disciplinaria y posible enjuiciamiento penal.
2. Acepto permanecer en _____ como mi lugar de
confinamiento, (Domicilio)

y/o, dentro de las áreas determinadas por el Personal de Alternativas Penitenciarias. Debo solicitar el permiso setenta y dos (72) horas antes de salir de las instalaciones y debo traer de vuelta cualquier documentación requerida que verifique estas licencias si se solicita. Dejar un mensaje para su diputado no es permiso para abandonar las instalaciones. Debe tener permiso verbal de su asistente o del oficial de guardia para salir de las instalaciones.
3. _____ reconozco el hecho de que se me considera bajo la custodia del Departamento del Sheriff del Condado de Stanislaus. El privilegio de estar en el Programa de Detención Domiciliaria es una alternativa a la cárcel.
4. _____ entiendo que es posible que deba presentarme mensualmente en la oficina de Alternativas a la Cárcel. El oficial que me coloca en el Programa de Detención Domiciliaria me informará cuándo debo presentarme al programa.
5. _____ entiendo que si he sido liberado de un centro de custodia para participar en este programa, debo **REPORTARME 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.
6. _____ entiendo que es posible que deba mostrar un comprobante de inscripción en la clase ordenada por la corte mientras esté en el programa. (es decir, violencia doméstica, DUI, crianza de los hijos)
7. _____ entiendo que puedo estar sujeto a proporcionar una prueba de drogas o alcohol en cualquier momento. Si no lo hace, puede ser devuelto a la custodia.
8. _____ entiendo que si se me asigna un dispositivo Sober Link, u otro dispositivo similar, completaré la prueba dentro de la cantidad de tiempo otorgada. Si no lo hace, puede ser devuelto a la cárcel.

9. ____ entiendo que durante el tiempo que esté cumpliendo mi condena en arresto domiciliario, mantendré mi residencia limpia e higiénica. Además, entiendo que el no mantener mi residencia limpia e higiénica podría resultar en una acción disciplinaria en mi contra y/o la expulsión del programa. Además, entiendo que en caso de que haya niños menores de edad viviendo en mi residencia durante mi encarcelamiento en arresto domiciliario, y si el personal de Jail Alternatives determina que mi residencia no es apta o insalubre para esos niños menores, se notificará a los Servicios de Protección Infantil.
10. ____ entiendo que si se me permite salir de mi lugar de confinamiento por cualquier motivo, debo llevar conmigo una copia de estas regulaciones. Iré directamente, permaneceré y regresaré directamente a mi lugar de confinamiento. Si por alguna razón, me retraso y no puedo regresar a mi lugar de confinamiento, notificaré al personal de Jail Alternative de inmediato al:

(209) 491-8771- El horario normal de atención es de lunes a viernes de 8 a 4 p.m.

(209) 491-8773- Emergencia fuera del horario de atención, fines de semana, días festivos (Deje un mensaje detallado: Nombre, fecha, hora, naturaleza de la emergencia. Un diputado le devolverá la llamada. Dejar un mensaje no es una autorización para que usted se vaya).

11. ____ comprendo que si no regreso a mi lugar de reclusión dentro del tiempo prescrito, o salgo de casa sin permiso, puedo ser considerado una fuga y sujeto a arresto. Por la presente renuncio a la extradición si soy detenido fuera del Estado de California.
12. ____ entiendo que si me detienen, tengo contacto o soy detenido por cualquier oficial de paz, le notificaré inmediatamente al oficial: "Estoy en el Programa de Monitoreo Electrónico del Sheriff del Condado de Stanislaus". Si estoy involucrado en cualquier tipo de informe policial o soy interrogado, informaré de inmediato al personal de Jail Alternatives.
13. ____ entiendo que si una agencia de aplicación de la ley me llama a los números de teléfono que proporcioné y desvíó, ignoro o no respondo la llamada, puedo enfrentar medidas disciplinarias que pueden incluir ser devuelto a la cárcel.
14. ____ entiendo que si un oficial de Jail Alternative me llama y me ordena salir de mi casa, debo cumplir sus órdenes. Entiendo que estoy obligado a salir solo de mi residencia, a menos que el personal de Jail Alternatives me indique lo contrario. El incumplimiento puede dar lugar a medidas disciplinarias que pueden incluir el regreso a la cárcel y/o el cargo de fuga.
15. ____ entiendo si el personal de Jail Alternatives intenta comunicarse conmigo enviando un mensaje a través de mi monitor de tobillo, estoy obligado a responder de inmediato. Además, entiendo que si ignoro los mensajes de mi monitor de tobillo, puedo enfrentar medidas disciplinarias que pueden incluir ser devuelto a la cárcel y / o acusado de fuga.

16. ____ entiendo que si manipulo o intento eludir cualquier equipo colocado en mi persona o que me haya dado el personal de Jail Alternative para ser utilizado como parte de mi acuerdo de monitoreo electrónico, enfrentaré medidas disciplinarias que pueden incluir ser devuelto a la cárcel y/o acusado de fuga. Además, entiendo que si corto, estiro, rasgo, desgarró o daño de alguna manera la correa de mi monitor de tobillo, enfrentaré medidas disciplinarias que pueden incluir ser devuelto a la cárcel y / o acusado de fuga. También entiendo que si dejo que mi monitor de tobillo muera y el personal de Jail Alternatives ya no pueda rastrear mi ubicación, enfrentaré medidas disciplinarias que pueden incluir ser devuelto a la cárcel y / o acusado de fuga.
17. ____ entiendo que cualquier violación registrada en el software de seguimiento de monitoreo electrónico puede resultar en la eliminación del programa.
18. ____ entiendo que si cualquier agencia de aplicación de la ley me devuelve a la cárcel, soy responsable de cualquier equipo que se deje en mi residencia. El personal de Jail Alternatives no es responsable de ponerse en contacto con las personas con las que vivo para recoger el equipo. Si el equipo no se devuelve dentro de los 5 días hábiles, se me puede acusar penalmente de robo y/o se me puede cobrar el valor monetario del equipo que no se ha devuelto.
19. ____ entiendo que se espera que las visitas sin previo aviso del personal de Jail Alternatives o de oficiales uniformados a mi hogar, trabajo o negocio verifiquen mi cumplimiento con las reglas/regulaciones del programa.
20. ____ Estoy de acuerdo en no cambiar mi método de transporte acordado sin la autorización del personal de Jail Alternatives. Si uso el transporte público (es decir, taxi, Uber o Lyft), es posible que deba proporcionar una prueba.
21. ____ entiendo que estoy obligado a mantener un teléfono que funcione en todo momento mientras participo en el Programa de Monitoreo Electrónico. Si mi teléfono se apaga, se rompe, se pierde o cambio mi número de teléfono, notificaré inmediatamente al personal de Jail Alternatives.
22. ____ Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad financiera de todos y cada uno de los gastos médicos o dentales que pueda tener mientras participo en el programa. Además, acepto pagar todas las multas, tarifas, restituciones y todas las demás deudas, incluidas, entre otras, deudas de préstamos, reclamaciones o juicios. También estoy de acuerdo en mantener y apoyar a todos los dependientes legales.
23. ____ Acepto someterme a registros de mi persona, propiedad, residencia y/o vehículo(s) registrado a mi nombre o en el que me encuentre en ese momento. Mientras participa en el programa, el personal de Jail Alternatives y cualquier otro oficial de paz autorizado en el Estado de California sin el requisito de causa probable, el consentimiento del prisionero o la orden de registro pueden registrar dichos lugares en cualquier momento del día o de la noche.

24. ____ entiendo que no puedo poseer ni consumir ningún alcohol o "droga callejera", ni poseer ni usar ninguna droga a menos que sea recetada por un médico, y que cualquier violación de esto resultará en mi expulsión del programa. Estoy de acuerdo en someterme a cualquier detección de alcohol o drogas a solicitud del personal de Jail Alternative o por cualquier oficial de paz debidamente autorizado del Estado de California. La "droga callejera" incluye el cannabis. Una tarjeta de marihuana medicinal no es una autorización para usarla.
25. ____ Acepto no poseer, controlar ni poseer armas de fuego, municiones u otras armas como cuchillos, pistolas de aire comprimido, armas de aire soft, pistolas de paintball, armas coleccionables de cualquier tipo, ni mantener mascotas, es decir, perros, en mi lugar de confinamiento, a menos que lo apruebe el personal de Jail Alternative.
26. ____ También reconozco que no puedo vivir ni asociarme con personas que, en opinión del personal de Jail Alternative, no puedan proyectar una actitud de rehabilitación o que interfieran con un entorno de rehabilitación. No permitiré que las personas establezcan su residencia en mi lugar de confinamiento sin el permiso del personal de Jail Alternative.
27. ____ Estoy de acuerdo en que no se me permite recibir visitas en ningún momento, excepto los miembros de la familia inmediata (madre, padre, hermanos, hermanas). Ni tías, tíos ni primos.
28. ____ Acepto que todos los términos, reglas y regulaciones enumerados no se limitan a mí y se aplican a todas las personas que viven en el hogar.

Al firmar a continuación, acepto que he leído, entiendo y acepto todas las reglas, regulaciones y términos anteriores. También acepto que cualquier violación de estas reglas, regulaciones o términos podría resultar en una acción disciplinaria y/o la expulsión del programa.

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

Testigo adjunto: _____ **Date:** _____