

CUESTIONARIO DE ADMISION DEL CONDADO DE POLK

Instrucciones: Por favor escriba toda la información completa y precisa. Si necesita más espacio en cualquier sección, utilice el otro lado de la hoja.

Fecha

INFORMACION PERSONAL

Nombre: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Otros nombres / apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Numero de seguro social: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Sexo: _____ Raza: _____ Color de ojos / cabello: _____

Cicatrices, marcas o tatuajes: _____

Dirección: _____
Numero y calle Ciudad Estado Código postal

Dirección de correo: _____
Número y calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Mensaje: _____

¿Cuanto tiempo ha vivido en esta residencia? _____

¿Cuanto tiempo ha vivido en Oregon? _____

CRIMEN / SENTENCIA

¿De qué crimen fue sentenciado? _____

Fecha en que el crimen ocurrió _____

Nombre de la victima / ¿qué relación tiene con usted?: _____

Nombre de co-defendiente (s) / relación a usted: _____

¿Alguien salió lastimado por su crimen? _____

¿Cómo sucedió su crimen? ¿Por qué? Proveea detalles (Use otra pagina si necesita mas espacio):

HISTORIAL CRIMINAL

¿Alguna vez fue arrestado o sentenciado de algún crimen cuando era **menor de edad**? _____

Si contestó "Si" indique cuales fueron los crímenes: _____

¿Ha sido arrestado o sentenciado de algún crimen ahora de adulto? ¿De qué?: _____

¿Ha estado en supervisión antes? _____ ¿En que año y donde? _____

¿Por qué razón? _____

¿Cuántas veces ha estado encarcelado /en la prison/carcel juvenil? _____

¿Quiere decir algo mas a su PO acerca de su historial criminal? _____

INGRESOS / EMPLEO/EDUCACION

¿Recibe los siguientes beneficios?:

_____ TANF(welfare) _____ Estampillas de comida _____ OHP(medical)

Ingresos:

Salario de empleo \$ _____ Beneficios de desempleo \$ _____

Child support \$ _____ Beneficios de retiro \$ _____

Beneficios de seguro social o discapacidad \$ _____

Empleo:

(1) Empleador: _____ Sueldo \$ _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Supervisor: _____ ¿Cual es su oficio?: _____

Turno de trabajo (día / noche/ tarde): _____ Horas por semana: _____

Fechas de empleo: mes / año _____ a mes / año _____

¿Su empleador sabe que usted esta en supervisión? _____

(2) Empleador anterior: _____ Sueldo \$ _____

Fechas de empleo: mes / año _____ a mes / año _____

¿Cual era su oficio?: _____ ¿Por qué dejo este trabajo? _____

(3) Empleador anterior: _____ Sueldo \$ _____

Fechas de empleo: mes / año _____ a mes / año _____

¿Cual era su oficio?: _____ ¿Por qué dejo este trabajo? _____

(Por favor, provea 4 años de historial de trabajo- use el reverso de esta hoja si necesita mas espacio)

Educacion:

¿Tiene diploma de Preparatoria / High School? _____

Nombre de la escuela: _____ ¿Tiene su GED? _____

¿Cual fue el último año de estudios completado?: _____

¿Alguna vez fue suspendido o expulsado de la escuela? _____

¿Por qué? _____

Universidad / Colegio / otro entrenamiento: _____

Licencias / títulos / certificados: _____

¿Sabe leer / escribir? _____

INFORMACION DE VIVIENDA

Escriba los nombres completos de **TODOS** los adultos que viven con usted, qué relación tienen con usted (madre, padre, hermano, etc.) y si alguno de ellos ha estado en supervisión / probation alguna vez.

1. _____ Relación: _____

2. _____ Relación: _____

3. _____ Relación: _____

4. _____ Relación: _____

5. _____ Relación: _____

6. _____ Relación: _____

Escriba los nombres y edades de **TODOS** los menores de edad que viven con usted.

1. _____ Edad _____ Relación: _____

2. _____ Edad _____ Relación: _____

3. _____ Edad _____ Relación: _____

4. _____ Edad _____ Relación: _____

5. _____ Edad _____ Relación: _____

En el ultimo año, ¿cual ha sido / era su dirección? _____

¿Cuántos perros tiene en casa y de qué raza son?: _____

Amigos / familiares que siempre sabrán como comunicarse con usted:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____

FAMILIA / HISTORIA MARITAL

¿Esta usted casado /comprometido /divorciado /viudo /o viviendo con un compañero /a?: _____

¿Por cuanto tiempo? _____ Nombre de la persona: _____

Esposo / Esposas anteriores:

Nombre: _____ Fecha de divorcio / separación: _____

¿Tiene un caso abierto con el departamento de servicios de protección de niños (DHS)? _____

Nombre de la trabajadora social asignada a su caso: _____

¿Debe pagar manutención mensual para sus hijos (child support)? _____

Si contesto "Si", ¿cuanto le es requerido pagar por mes? _____

Sus hijos / hijas (use el reverso de esta hoja si necesita mas espacio)

Nombre: _____ Edad: _____ ¿Con quién vive?: _____

HISTORIA DE SUS PADRES / HERMANOS (AS)

Nombre completo de su padre: _____

Dirección: _____

de teléfono: _____ Ocupación: _____

Nombre completo de su madre: _____

Dirección: _____

de teléfono: _____ Ocupación: _____

¿Están divorciados / separados sus padres? _____

¿Qué edad tenía usted cuando se divorciaron? _____

¿Su familia sabe de sus problemas legales / que está en supervisión? _____

Nombre de su madrastra / padrastro: _____

Escriba el nombre y las edades de todos sus hermanos y hermanas

1. _____ Edad _____
2. _____ Edad _____
3. _____ Edad _____
4. _____ Edad _____
5. _____ Edad _____
6. _____ Edad _____

¿Hay alguien en su familia que tiene un problema con el alcohol? _____

¿Hay alguien en su familia que tiene historial de uso de drogas o abuso de sustancias de cualquier tipo?: _____

¿Hay alguien en su familia con historial de arrestos?? _____

Escriba los estados / países en los que ha vivido: _____

¿A qué se dedica en su tiempo libre: (escriba 8 actividades / pasatiempos / intereses que tiene, quiere hacer o le gustaria aprender)?:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

¿Con quién pasa su tiempo libre? (si son amigos, proveea los nombres de los amigos)? _____

¿Qué tan seguido apuesta? _____

Escriba cualquier organizacion / pandilla a las que ha pertenecido o ha sido afiliado:

HISTORIAL DE USO DE ALCOHOL / DROGAS

¿Estaba bajo la influencia de alcohol cuando cometió el crimen? _____

¿Estaba bajo la influencia de drogas cuando cometió el crimen? _____

¿Alguna vez ha estado adicto a alguna droga?? _____ Si la respuesta es “Sí”, por favor indique a qué droga: _____

¿Se considera un adicto o cree tener un problema con las drogas? _____

¿Por qué? _____

¿Qué drogas ilegales / sustancias controladas ha probado alguna vez?

____ Marijuana ____ Cocaína ____ Heroína ____ LSD ____ Hashish
____ Metanfetamina ____ Extasy ____ Peyote ____ Ketamine ____ GHB
____ Barbituricos o sedativos

Otras: _____

¿Qué drogas ilegales / sustancias controladas ha usado en el último año?

____ Marijuana ____ Cocaína ____ Heroína ____ LSD ____ Hashish
____ Metanfetamina ____ Extasy ____ Peyote ____ Ketamine ____ GHB
____ Barbituricos o sedativos

Otras: _____

¿Qué edad tenía cuando usó / experimentó con drogas ilegales por primera vez? _____

¿Con qué frecuencia ha tomado alcohol en el último año? :

____ Unas cuantas veces al año ____ Unas cuantas veces al mes
____ Unas cuantas veces a la semana ____ Unas cuantas veces al día

¿Cuándo fue la última vez que usó drogas ilegales (fecha) ? _____

¿Cuándo fue la última vez que tomó alcohol o bebidas alcohólicas (fecha) ? _____

HISTORIAL MEDICO

¿Actualmente está viendo a un doctor por algún problema de salud? _____

Escriba que problemas de salud tiene: _____

Escriba los medicamentos que toma: _____

¿Como se llama su doctor?: _____ Teléfono: _____

¿Tiene seguro médico?: _____ Nombre de proveedor: _____

Escriba que discapacidades tiene o ha tenido: _____

¿Ha sido diagnosticado con un problema de salud mental?: _____

¿Cual fue el diagnostico? _____

¿Ha sido hospitalizado por una condición mental / emocional? _____

Si contestó "Si" a alguna de las preguntas anteriores, explique donde y cuando: _____

Alguna vez ha estado en consejería o tratamiento (personal, de matrimonio, mental, salud, violencia doméstica, alcohol o drogas, etc)? _____

Si contestó sí, ¿qué tipo de tratamiento y nombre de la agencia? _____

TRANSPORTACION

Número de licencia de manejar: _____

Estatus de su licencia: _____ Valida _____ Expirada _____ Suspendida _____ Revocada

Si su licencia fue revocada o suspendida, explique cual fue la razón: _____

Tipo de vehiculo conduce (año, marca, modelo y color): _____

Numero de placas: _____ Estado: _____

Escriba que otro tipo de transportación tiene o puede utilizar (autobús, segundo vehiculo, etc.): _____

Escriba que otros vehículos son utilizados por miembros de su casa: _____

SERVICIO MILITAR

¿Ha servido en el servicio militar? _____ **Si contestó "No", pase a la siguiente sección**

Rama de servicio: _____ Unidad: _____

Clasificación: _____ # de servicio _____

Día qué entro / fue terminado: _____ Tipo de terminación: _____

¿Alguna vez fue disciplinado por el servicio militar? _____

¿Es un veterano de la guerra? _____ ¿De qué guerra(s)? _____

¿Participó en combate? _____ ¿Donde? _____

Yo reconozco que he respondido a estas preguntas con honestidad y sinceridad, a lo mejor de mi capacidad.

Firma

Fecha