POLK COUNTY COMMUNITY CORRECTIONS
820 SW CHURCH ST SUITE 100 ★ DALLAS, OREGON 97338-3146
(503) 623-5226 ★ FAX (503) 623-5326

JODI MERRITT
DIRECTOR

LEE WARREN
SUPERVISOR

Instrucciones de Registración para Servicio Comunitario del Condado de Polk

Número de teléfono: (503) 623-0895

1. **Entregue el formulario de registración a la oficina.**

2. **Repórtese a 820 SW Church St. Dallas, OR antes de las 7:45 A.M. Puede reportarse cualquier día de la semana incluyendo Sábados y Domingos, excluyendo días festivos.**

3. **Trabaje por lo menos 16 horas por mes.**

4. **Pague la cuota de servicio comunitario de $40.00 antes de terminar todas sus horas de servicio a la comunidad.**

5. **El no trabajar la cantidad mínima de horas al mes puede resultar en una sanción por parte de su P.O. o de la corte.**

SERVICIO COMUNITARIO DEL CONDADO DE POLK
Información / requisitos para trabajadores

Para reportarse: Repórtese a 820 SW Church St. Dallas, OR antes de las 7:45 de la mañana de Lunes a Domingo. Estamos abiertos todos los días del año con excepción de días festivos. No se le permitirá trabaja si llega tarde. Esté preparado para trabajar ocho (8) horas.

Código de vestimenta: Lo mas probable es que estará trabajando afuera así que se requiere que use pantalones largos, camisas de trabajar, y zapatos / botas de trabajar. Si trae sandalias, chanclas, pantalones cortos, pants, camisas sin mangas, o ropa inapropiada no se le permitirá trabajar. **ROPA PARA LA LLUVIA NO SERA PROVEIDA**. Se recomienda que traiga una chaqueta o abrigo para el tiempo inclemente. Guantes solamente serán proveídos para funciones de seguridad. No se le permitirá escuchar música durante las horas de trabajo por razones de seguridad.

Comida / medicamentos: Traiga su comida para el almuerzo y cualquier medicina que necesite; por ejemplo protector solar, medicamento para el resfriado o alergia, aspirina, etc. No puede compartir su medicina con otros trabajadores, ni siquiera esas que no requieren receta médica. Los trabajadores salen a las 8 de la mañana y no regresan hasta las el final del día de trabajo (usualmente después de las 4 P.M.).

RESPONSABILIDADES

1. **Asistir y presentarse:** es la responsabilidad del trabajador llegar al sitio de trabajo a la hora indicada. **Salir del sitio de trabajo temprano sin permiso o sin autorización previa es una violación de las reglas del servicio comunitario. A MENOS QUE SEA ESPECIFICADO POR LA CORTE O POR NUESTRA OFICINA, DEBE TRABAJAR POR LO MENOS 16 HORAS CADA MES SI ESTA EMPLEADO TIEMPO COMPLETO. SI NO TRABAJA TIEMPO COMPLETO, SE LE REQUIERE QUE TRABAJE UN MINIMO DE 48 HORAS POR MES.**

2. **Éticas de trabajo:** los trabajadores de servicio comunitario deben comportarse como empleados. Necesitan trabajar de una manera eficiente, tomando los descansos y el almuerzo a la hora apropiada. Los trabajadores deben ser respetuosos con toda persona.

3. **Registración:** es responsabilidad de los trabajadores asegurar que su nombre esté escrito / firmado legiblemente y asegurarse que las horas sean documentadas cada día. **Escriba su nombre así como esta documentado en su orden de la corte. Si su nombre esta ilegible en el registro, no documentaremos las horas que trabajó.**

4. **Alcohol y drogas:** bajo ninguna circunstancia se permite a ningún trabajador consumir, usar, poseer o estar bajo la influencia de alguna sustancia al estar trabajando horas de servicio a la comunidad para el Condado de Polk.

5. **Servicio comunitario:** El trabajo es físicamente difícil. Se espera que los trabajadores puedan levantar hasta 50 lbs y puedan moverse con facilidad durante el día (inclinarse, agacharse). Si usted tiene limitaciones físicas, se le requerirá una carta de su doctor explicando las limitaciones. La carta debe tener una fecha de vencimiento o la fecha de su próxima cita con su doctor. Es necesario proveer la carta antes de comenzar a trabajar.

6. **Tabaco:** el tabaco **NO** es permitido. Deje todo tabaco o producto de tabaco en su casa. Dar contrabando (por ejemplo cigarrillos) a los presos es un delito y puede resultar en cargos criminales o una sanción.

7. **Electrónicos:** celulares deben estar apagados por completo, no estar en vibración, y solo serán utilizados cuando el supervisor lo apruebe. No traiga radios, MP3s, o juegos de video.

8. **Lesiones:** si se lesiona en el trabajo, reporte el accidente inmediatamente al supervisor de sitio de trabajo.

NOTA: se reportará cualquier violación de las reglas / responsabilidades de su obligación de servicio comunitario al Coordinador de Servicios Comunitarios y a su oficial de libertad condicional y usted recibirá el castigo apropiado.

He leído y entiendo la información proveída anteriormente

Firma _____ **Fecha** _____

SERVICIO COMUNITARIO DEL CONDADO DE POLK
RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD

Cargo(s):_____ Numero de caso: _____

Nombre: _____
(Apellido) (Nombre)

Dirección: _____

Número de teléfono de casa / celular:_____ de mensaje: _____

Fecha de nacimiento: _____

En case de emergencia notificar a: _____

La persona nombrada anteriormente, que de aquí en adelante será referida como "el voluntario", reconoce y declara que él / ella está participando en un programa voluntario del Condado de Polk para cumplir con el requisito de servicio comunitario, parte de una sentencia ordenada por la corte del estado. Si bien el voluntario fue ordenado por el estado de Oregon a hacer servicio comunitario, el voluntario no está legalmente obligado a ofrecer sus servicios para el Condado de Polk en lugar de otra organización. Además, el voluntario entiende que él / ella tiene la opción de negarse a hacer el servicio comunitario y pedir que la corte que le condenó le imponga una sentencia diferente. Mientras el Condado de Polk agradece este servicio público, tiene que requerir los siguientes entendimientos y estipulaciones como requisito previo para permitir que la persona nombrada anteriormente ofrezca sus servicios al Condado de Polk.

1. Trabajar en un proyecto público (inclusive, pero no solamente, el mejoramiento o el mantenimiento de las calles, los puentes, los parques, u otros servicios públicos) implica un riesgo hasta cierto punto. Salvo heridas o daño infligido con negligencia por los empleados del Condado de Polk, la persona nombrada anteriormente, por la presente y para siempre libera y absuelve al Condado de Polk y sus oficiales, agentes y empleados de cualquier reclamación por muerte, daño personal, o daño de propiedad de cualquier tipo que pueda ocurrir de o con relación a su participación en este programa.

2. El voluntario entiende que si él / ella requiere asistencia médica mientras este participando en este programa, él / ella accede a pagar cualquier costo incurrido o que ocurra como resultado de daño o enfermedad sufrida mientras participa en este programa, se da consentimiento al Condado de Polk para obtener primeros auxilios o el servicio de una ambulancia si un empleado o agente del Condado de Polk está en condiciones de hacerlo. La persona nombrada anteriormente accede a cumplir con las normas que el supervisor designado del programa le explique.

3. El voluntario accede a no usar vehículos del condado, y a usar su vehiculo personal solo cuando llegue y salga del sitio donde está trabajando.

4. La persona nombrada anteriormente entiende que él / ella trabaja como un voluntario particular de modo gratuito en este programa, no como empleado, agente o contratista del Condado de Polk.

Firma _____ **Fecha** _____

Información Personal

Nombre:_____
Apellido *Nombre*

Dirección: _____

Ciudad / Estado / Código Postal: _____

Información criminal

¿De qué crimen fue sentenciado? _____

Horas de servicio comunitario ordenadas por la corte: _____ Numbero de caso _____

Nombre de su co-defendiente (s) / no contacto: _____

Información de su empleador

Empleador: _____

Dirección _____ Teléfono: _____

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

Habilidades de trabajo: _____

Información de salud

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

¿Tiene algún problema médico, cirugía o medicamento que pueda afectar sus habilidades para trabajar servicio comunitario? : _____

Nombre de su doctor: _____ # de teléfono: _____

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

_____ _____

Firma Fecha