

Gracias por su interés en las oficinas de monitoreo electrónico (EM) / programas de alternativa de trabajo del Sheriff de Santa Barbara (SWAP). La Corte no garantiza aceptación en estos programas. Elegibilidad es determinada por el personal de la Oficina del Alguacil. Si usted no habla inglés, usted debe traer un intérprete (18 años o más) a su entrevista y si se aceptan, el intérprete debe acompañar a través del proceso de reserve.

**Usted debe residir en uno de los tres Condados (Condado de San Luis Obispo, Santa Barbara o Ventura) durante su participación en el programa. Si usted reside fuera de los tres Condados, su aplicación se considerará caso por caso.** Los participantes pueden trabajar fuera del área de los tres Condados, pero deben regresar diariamente a una dirección dentro de los tres Condados (a menos que se ha recibido la aprobación del supervisor).

Por favor siga las siguientes instrucciones. **Debe completar esta aplicación completamente en plumón negro o azul.**

Debe traer los siguientes documentos con esta aplicación:

- Identificación válida con fotografía dada por el gobierno.
- Una pieza de correo, el acuerdo de donde renta o una factura de servicios públicos. Algo para comprobar su residencia actual. No aceptamos cajas de correo (P.O. Box.)
- \$ 50.00 tarifa de procesamiento no reembolsable en forma de dinero en efectivo exacto, VISA, Mastercard, cheque de caja o giro postal a nombre de "SBSO".
- Todos los documentos originales de corte.
  - Esto incluye documentos de su libertad condicional (Probación).

**Falta de traer uno o todos de estos documentos puede resultar en la descalificación de su aceptación a estos programas.** Aplicaciones deben de estar completadas y firmadas ANTES de ser entregadas.

---

Su tarifa diaria de mantenimiento se ha fijado en: \$ \_\_\_\_\_

Usted debe traer en por lo menos la mitad de sus diario de gastos por un total de \$ \_\_\_\_\_ en su próxima cita.

Su próxima cita está programada para el \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_.

- Si es aprobado para el programa, dos meses de sus más recientes talones de pago son necesarios en su día de reserva. Si está desempleado, traiga declaraciones de sus cuentas bancarias, talones de incapacidad o desempleo.

Santa Barbara Sheriff's  
 Alternative Sentencing Bureau  
 812-A W. Foster Road  
 Santa Maria, CA 93455  
 (805) 934-6157  
 SMEM@SBSHERIFF.ORG

**Sheriff's Alternative Sentencing Bureau**  
 Alternative Sentencing Program Application



Santa Barbara Sheriff's  
 Alternative Sentencing Bureau  
 4436-A Calle Real  
 Santa Barbara, CA 93110  
 (805) 681-4221  
 SBEM@SBSHERIFF.ORG

<b>Booking Date:</b>	<b>Days x Fee:</b>	<b>CID#:</b>	<b>Date Given:</b>
<b>Application Fee Paid On:</b>			

**Complete este formulario y regreselo con su pago de \$50,00.  
 (No lo mande por correo)**

Nombre: Último:	Primero:	Centro:	Fecha de Nacimiento:
Edad:	Raza:	Sexo:	Altura:
		Peso:	Pelo:
		Ojos:	
Número de la Licencia:	Seguro Social #:	Teléfono Celular #:	
Domicilio:	Ciudad:	Código Postal:	Teléfono de Casa #:
E-Mail:	Casado: <input type="checkbox"/>	P/D: <input type="checkbox"/>	Soltero: <input type="checkbox"/>
		Div: <input type="checkbox"/>	Sep: <input type="checkbox"/>
Lugar del Nacimiento:	Número de Dependientes:	Si Está Casado,	Nombre de Esposo(a):
Persona de Contacto de Emergencia:	Relación:	Teléfono #:	
Empleador:	¿Cuánto Tiempo?:		
Domicilio del Empleador:	Ciudad:	Teléfono:	
Nombre de Supervisor:	Su Trabajo:		
Sitio del Trabajo:	Horas del Trabajo:	Días de Descanso:	
¿Está en Probacion (formal or informal)?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Está en Parole?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Probacion/Parole Oficial Nombre y Teléfono?:			
¿Es Su Licencia Suspendida/Revocada?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Restricto: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Medio de Transporte?:	Coche/Motocicleta: <input type="checkbox"/>	Raite: <input type="checkbox"/>	Autobus: <input type="checkbox"/>
	Bicicleta: <input type="checkbox"/>	Caminar: <input type="checkbox"/>	
¿Quién le Conducirá?:	Relación:		
¿Tiene alguna condición médica o mental?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si, sí aliste:		
¿Usted Está Tomando Algún Medicamento de Prescripción?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si, sí aliste:		
Lista todas las sustancias ilegales que ha usado en los últimos 5 años (esto incluye marihuana) y la última fecha de uso:			

**ACEPTANCIA A LOS PROGRAMAS DE ALTERNATIVE SENTENCING NO ES GARANTIZADO**



Por favor, marque la casilla apropiada para cada pregunta:

Sí / No

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Esta dispuesto y físicamente capaz de realizar trabajos manuales?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Tiene alguna lesión ahora?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Tiene alguna condición médica que le impediría realizar trabajo manual?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Usted alguna vez ha informado que una operación quirúrgica que no ha sido realizado, o esta considerando cualquier cirugía electiva?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Está actualmente bajo tratamiento por un médico?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Han diagnosticado como teniendo un trastorno mental?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Toma algún medicamento en este momento?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Actualmente tiene casos pendientes en cualquier corte penal?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Ha sido arrestado por cualquier ofensa relacionada con la violencia; sexual mala conducta; delito de incendiary; abuso infantil; fuga; el uso de drogas, posesion o ventas; falta de comparecer para SWAP? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Las hembras solamente: ¿Esta usted embarazada o has recientemente entregado o un aborto espontaneo?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Explicar todas las respuestas del 'Sí':

---

---

---

---

Entiendo que información incompleta, inexacta o falsificada de arriba puede ser objeto de descalificación del Alternative Sentencing Program.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Participante

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Reglas de Electronic Monitoring (monitoreo electrónico) y SWAP:**

- 1) Ser asignados a programas de sentencia alternativa es un privilegio. El participante servirá su sentencia de cárcel de una manera negada a otros reclusos del condado. Abuso del privilegio o violación de la ley o las reglas resultará en la eliminación del programa y el participante servirá el resto de su condena en la cárcel del condado. \_\_\_\_\_Iniciales
- 2) El participante se pondrá en contacto con nuestra oficina si hay algún cambio en la información proporcionada en su aplicación original. \_\_\_\_\_Iniciales
- 3) El participante se compromete a obedecer todas las leyes y reportar cualquier contacto de la policía a nuestra oficina en el programa \_\_\_\_\_Iniciales
- 4) Hay costos asociados con el programa. En el momento de la solicitud, se pagará una cuota de solicitud no reembolsable de cincuenta dólares (\$50.00). El costo del programa se determinará por el personal de la sentencia alternativa después de recibir la solicitud; costo está formulado en una escala, basada en el ingreso de los participantes. Comprobante de ingresos debe presentarse en el momento de la solicitud. Comprobante de ingresos puede ser declaraciones de Seguridad Social/discapacidad/desempleo, declaraciones de impuestos, extractos bancarios o talones de cheque. Mientras que en el programa, participante puede solicitar una revisión de las tarifas diarias para un cambio de trabajo o estado civil o otras situaciones que afectan la capacidad de pago. \_\_\_\_\_Iniciales
- 5) En el día de la reserva en el programa, se realizará un pago inicial para cubrir el costo de arranque inicial. Pago se efectuará sólo en efectivo, giro postal, Visa o Mastercard. Identificación debe presentarse al pagar con tarjeta de crédito. El balance se pagará durante su participación en el programa. Las tasas deben ser pagadas antes de la fecha de terminación. Falta de pago de las cuotas del programa resultará en proceso de recolección. \_\_\_\_\_Iniciales
- 6) Con pleno conocimiento de mis derechos, por la presente renuncia la emisión y el servicio de una orden de extradición y por la presente renuncia a todos los demás procedimientos incidentales en el procedimiento de extradición y por este medio voluntariamente su consentimiento para regresar al estado de California y someto aquí y ahora para la custodia de dicha autoridad legal que transportará a la jurisdicción del estado de California para enfrentar los cargos contra mí en esa jurisdicción. \_\_\_\_\_Iniciales
- 7) Mientras en el programa el participante no debe poseer, usar o consumir cualquier tipo de drogas ilegales o alcohol. Participante no irá a los lugares donde se sirve alcohol. El uso de medicamentos recetados está permitido, pero debe presentarse al personal en la entrevista o día de reserva, o una vez que el medicamento se prescribe. No se permite el uso de metadona o marihuana, incluso con una tarjeta de medicamento, mientras que en el programa. El participante debe ser capaz de probar limpio de drogas y alcohol el día de su reserva y mientras en el programa. \_\_\_\_\_Iniciales

8) El participante puede requerir en cualquier momento, mientras que en el programa, para someterse a una prueba de drogas y alcohol. Falta de someterse a una prueba de drogas o alcohol o tener resultados positivos de drogas o alcohol puede resultar en la eliminación del programa y el participante será tomado en custodia de la cárcel. El participante se compromete a permitir que cualquier persona, designada por el personal de la oficina del Sheriff, para entrar en su residencia. Participante está sujeto a registro e incautación de su persona, propiedad, residencia y vehículo sin autorización o causa probable con el fin de verificar el cumplimiento de las reglas del programa. \_\_\_\_\_Iniciales

9) Usted debe residir en los tres Condados (Condado de San Luis Obispo, Santa Barbara County o Ventura) durante su participación en el programa. Los participantes pueden trabajar fuera del área de los tres Condados, pero deben regresar diariamente a una dirección dentro de los tres Condados (a menos que se ha recibido la aprobación del supervisor). \_\_\_\_\_Iniciales

**Reglas de SWAP:**

1) El participante es responsable de organizar su transporte hasta el lugar de trabajo. Falta de organizar el transporte no es una ausencia excusable. \_\_\_\_\_Iniciales

2) El participante se compromete a aparecer para el trabajo en el momento y lugar como se indica hasta la finalización de su condena. El participante se pondrá en contacto con la oficina o obra inmediatamente si es incapaz de reportarse al trabajo por cualquier motivo. Participante entiende que si no aparecen como se prometió, son culpables de violar la sección 4024.2(b) del Código Penal, un delito menor, y el tribunal emitirá una orden para su arresto. \_\_\_\_\_Iniciales

**Reglas de Electronic Monitoring (monitoreo electrónico):**

1) El programa de monitoreo electrónico requiere que el participante proporcionar prueba de residencia, un teléfono celular o línea de la casa y mantener el servicio eléctrico. El participante puede o no puede ser empleado, ser un estudiante que asiste a la escuela o tener alguna condición médica verificable. \_\_\_\_\_Iniciales

2) Una vez en el programa, el solicitante puede salir de su residencia con previa autorización por escrito en su forma de horario por personal de la oficina. Todas las otras solicitudes que no aparecen en su forma de programación requieren aprobación por parte del personal del programa. Cambios de horario deben ser aprobados 24 horas de antelación, por el personal, para efectuar el cambio. Falta de volver a la residencia o ponerse en contacto con el personal para dar razón por el retraso puede ocurrir en la eliminación del programa y el participante puede cargarse con escape conforme a la sección 4532 del Código Penal de California. \_\_\_\_\_Iniciales

3) El personal de Sentencia alternativa hará controles aleatorios de la residencia, lugar de trabajo o escuela de la participante. \_\_\_\_\_Iniciales

4) El participante, una vez en el programa, estará obligado a llevar un transmisor en su tobillo y puede tener una unidad de vigilancia conectada en su residencia. Destrucción, eliminación del dispositivo, o representación inoperable el dispositivo (incluyendo permitiendo la batería a caducar) sin la autorización previa será considerado un escape de felonía y está sujeto a enjuiciamiento según §4532 del Código Penal de California. \_\_\_\_\_Iniciales

Electronic Monitoring and SWAP Program Rules (continued)

- 5) Todo el equipo del programa, una vez emitido, es responsabilidad del participante. Si algún equipo está dañado, robado o perdido, el participante deberá pagar el costo de reemplazar el equipo. \_\_\_\_\_Iniciales
- 6) La correa sobre el tobillo y el transmisor son resistentes al agua, a prueba de choques y ligero. El transmisor **no será** inmersado en ningún líquido tales como piscinas, bañeras, Jacuzzis, lagos o el mar. La unidad de vigilancia será instalada y utilizada por el personal de la sentencia alternativa del Sheriff en día de reserva de los participantes. \_\_\_\_\_Iniciales
- 7) Cuando termine su sentencia de cárcel, el participante devolverá todos los equipos de control electrónicos a nuestra oficina. \_\_\_\_\_Iniciales

Yo he leído, o me han leído y he recibido una copia del anterior programa y requisitos de equipo y condiciones. Entiendo perfectamente lo que se espera de mí y de las posibles consecuencias de cualquier incumplimiento de cualquiera de las reglas anteriores. Estoy de acuerdo en liberar la oficina del Sheriff de Santa Barbara, su personal; el proveedor del dispositivo; centro de monitoreo; el lugar de trabajo de SWAP y a su personal de cualquier responsabilidad asociada con mi participación en el programa. Además, entiendo que si no se siguen las reglas del programa puede resultar en la vigilancia y las restricciones adicionales o mi retorno inmediato a la custodia sin autorización o mandato judicial para servir el equilibrio de mi sentencia. También entiendo que si por alguna razón me extraído del programa yo soy responsable de los honorarios que yo he incurrido. Además, entiendo que si yo estoy retirado del programa no tengo derecho a un reembolso de cualquier pago.

\_\_\_\_\_  
Nombre de participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de participante

\_\_\_\_\_  
Custody Deputy and Body #

\_\_\_\_\_  
Date

## Entrevista (Interview)

CII# \_\_\_\_\_

COUNTY ID# \_\_\_\_\_

NAME \_\_\_\_\_

¿Cuáles son tus costumbres en el uso de alcohol y drogas?

01. ¿Estabas usando drogas cuando te arrestaron por tu más reciente ofensa?  
 No  Sí
02. ¿Has recibido tratamiento formal de consejería, ambulatorio, hospitalario, o residencial para ayudarte con las drogas?  
 No  Sí
03. ¿Crees que recibir tratamiento para ayudarte con las drogas te haría bien?  
 No  Sí

### **Piensa en tu experiencia escolar cuando estabas pequeño.**

04. ¿Te graduaste de la preparatoria o recibiste un GED? (GED es un examen para recibir tu título de preparatoria.)  
 No  Sí
05. ¿Hasta que grado llegaste en tus estudios? \_\_\_\_\_
06. Normalmente, ¿qué calificación recibías más en la preparatoria? (Las calificaciones en paréntesis son las que se usan más en países latinos.)  
 A(10)  B(9)  C(8)  D(7)  E/F (6 o menos)  No fui a la escuela
07. ¿Fuiste suspendido o expulsado de la escuela?  
 No  Sí
08. ¿Tuviste que repetir o reprobar un grado?  
 No  Sí

### **Por favor piensa en tu experiencia de trabajos, experiencia de empleos, y tu situación económica.**

09. ¿Tienes un trabajo?  
 No  Sí
10. ¿Tienes una habilidad, especialidad, o profesión donde normalmente puedes conseguir trabajo?  
 No  Sí
11. ¿Puedes confirmar tu empleo (o escuela si estás estudiando)?  
 No  Sí
12. ¿Cuánto tiempo has trabajado (o estudiado en la escuela) durante los últimos 12 meses?  
 12 meses de tiempo completo  12 meses de tiempo parcial  Más de 6 meses de tiempo completo  Entre 0 y 6 meses de tiempo parcial o completo
13. En este momento, ¿sientes que necesitas más entrenamiento para un nuevo trabajo o una nueva carrera?  
 No  Sí
14. En este momento, si consigues o tienes un buen trabajo, ¿qué oportunidad tienes de ser exitoso?  
 Buena  Más o menos  Mala
15. ¿Qué tan difícil es encontrar un trabajo que te pague MÁS de salario mínimo en comparación a otros?  
 Más fácil  Igual  Más difícil  Mucho más difícil



Santa Barbara County Sheriff's Office  
Truth Act Form 1



**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ENTREVISTA DE INMIGRACIÓN Y  
ADUANAS (ICE) DEL PRESO**

Date:  
Inmates Name:  
CID Number:  
Facility/Housing Area:

Para: Preso

Un agente de Inmigración y Aduanas (ICE) ha solicitado una entrevista con usted en relación de violaciones inmigratorias. Esta es una entrevista voluntaria. Usted puede elegir ser entrevistados por agentes del ICE. También puede optar por no ser entrevistado por ICE, o elegir ser entrevistado con su abogado presente (aunque el gobierno no pagará por su abogado).

**Por favor seleccione UNA de las siguientes opciones marcando la opción que elija y firme su nombre a esa opción. Si rechaza a completar el formulario, usted no ser entrevistado.**

- No estoy de acuerdo en ser entrevistado por un agente de ICE./I do not agree to be interviewed by an agent of ICE.**
- Estoy de acuerdo en ser entrevistado por un agente de ICE, pero sólo si mi abogado está presente/I agree to be interviewed by an agent of ICE, but only if my lawyer is present.**
- Estoy de acuerdo en ser entrevistado por un agente de ICE sin mi abogado. I agree to be interviewed by an agent of ICE without my lawyer.**

\_\_\_\_\_  El preso optó por no firmar  
Firma del preso

**BELOW FOR RECORDS/LAW ENFORCEMENT PERSONNEL ONLY:**

\_\_\_\_\_ **Custody Staff Last Name/Body # (printed)** \_\_\_\_\_ **Date/Time**

**Return completed form to the Inmate Records.**

**Received by:**

\_\_\_\_\_ **Records Staff Name/Body # (printed)** \_\_\_\_\_ **Date Time**

Distribution: Original to Inmate Custody Record  
Copy to ICE Agent  
Copy to inmate named above