



**Stanislaus County Sheriff's Office
Jail Alternatives**

801 11th Street, Suite 3100, Modesto, CA 95353
Office (209) 491-8771 / Fax (209) 491-8774



**ELECTRONIC MONITORING PROGRAM
(PROGRAMA DE MONITOREO ELECTRÓNICO)**

**ITEMS NEEDED TO COMPLETE YOUR APPLICATION
(ELEMENTOS NECESARIOS PARA COMPLETAR SU SOLICITUD DE)**

- \$50.00 Application Fee (\$50.00 Inscripción)
Non-refundable, cash or money order only (No-reembolsable, dinero en efectivo o money order solamente)
- Court Minute Order (Orden de Tribunal minuto)
- Terms of Probation (Términos de libertad condicional)
- Police Report (Informe de la policía)
- Driver's License (Licencia de conducir)
For each driver (Para cada conductor)
- Vehicle Registration (Registro de vehículo)
For each driver (Para cada conductor)
- Vehicle Insurance (Seguro de vehículo)
For each driver (Para cada conductor)
- Business License (Licencia de negocio)
- Contractor's License (Licencia del contratista)
- Telephone Bill (Factura telefónica)
- Worker's Compensation Insurance verification (Verificación de seguro de compensación del trabajador)
This can be done either of two ways (Esto puede hacerse de dos maneras):
 1. A copy of your employer's Workers Compensation Insurance Policy:
(Una copia de la póliza de seguro en compensación de su empleador los trabajadores)
 2. A Letter from your employer typed on company letterhead with the following information: (Una carta de su empleador ha escrito en papel membretado de la empresa con la siguiente información)
 - a. The name of the Insurance Company that provides the policy
(El nombre de la compañía de seguros que proporciona la política)
 - b. The Policy number (El número de póliza)
 - c. The expiration date of the policy (La fecha de vencimiento de la póliza)

**DO NOT MAIL -YOUR APPLICATION MUST BE DELIVERED IN PERSON WITH ALL DOCUMENTATION. INCOMPLETE APPLICATIONS WILL NOT BE ACCEPTED.
(NO ENVÍE POR CORREO - SU APLICACIÓN DEBE ENTREGARSE EN PERSONA CON TODA LA DOCUMENTACIÓN. NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS.)**

**ELECTRONIC MONITORING APPLICATION
(PROGRAMA DE MONITOREO ELECTRÓNICO)**

Personal Information (Información Personal):

Name (Nombre):		Date of Birth (Fecha de Nacimiento):	
Address (Domicilio): (Street)		(City)	(Zip Code)
Telephone (Teléfono de casa):		Cellular # (Numero de celular):	
Social Security # (Numero de Seguro Social #):		Sex (Sexo):	Race (Raza):
Height (Estatura):	Weight (Peso):	Hair (Pelo):	Eyes (Ojos):
Marital Status (Estado Civil):		Spouse's Name (Nombre de esposo(a)):	

Employment Information (Información de Oficio):

Name of Business (nombre de negocio):		
Type of Employment (Oficio):		
Address (Domicilio): (Street)		(City) (Zip Code)
Telephone Number (Numero de teléfono):		
Supervisor's Name (Nombre de Supervisor):		

Emergency Contact Information (Información de Emergencia):

Name (Nombre):	
Address (Domicilio): (Street) (City) (Zip Code)	
Home # (Numero de Casa):	Cell # (numero de Celular):
Relationship (Relación):	

**ELECTRONIC MONITORING APPLICATION
(PROGRAMA DE MONITOREO ELECTRÓNICO)**

**TRANSPORTATION AGREEMENT
(Acuerdo de transportación)**

I understand by signing below and volunteering to be a driver for this applicant my automobile will be subject to search at anytime I am transporting the applicant or while at the location of the applicant's residence.

(Entiendo que al firmar a continuación y voluntariado ser un controlador para este candidato que mi automóvil estará sujeto a búsqueda en cualquier momento estoy transporte de solicitante o en la ubicación de la residencia de los solicitantes.)

Check Box if you plan to only use public transportation.
(Marque la caja si planea usar transportación público)

1st. Driver or self (Primero conductor de caro, ó solo)

Name (Nombre):		Date of Birth (Fiche de Nacimiento):
Driver's License # (Numero De licencia):		Expiration date (Fecha de exportación):
Vehicle make and Model (modelo de automobille):		Registration expiration date (Expiración de registación):
License Plate# (numero de placas):	Year (ano):	Color:
Insurance Company (Seguraza de automóvil):	Policy# (Numero de policia):	Expiration date (Fecha de expiración):
Driver Signature (Firma de Conductor):		Relationship to Applicant (Relación de aplacante):

2nd Driver (Segundo Conductor de caro)

Name (Nombre):		Date of Birth (Fiche de Nacimiento):
Driver's License # (Numero De licencia):		Expiration date (Fecha de exportación):
Vehicle make and Model (modelo de automobille):		Registration expiration date (Expiración de registación):
License Plate# (numero de placas):	Year (ano):	Color:
Insurance Company (Seguraza de automóvil):	Policy# (Numero de policia):	Expiration date (Fecha de expiración):
Driver Signature (Firma de Conductor):		Relationship to Applicant (Relación de aplacante):

Applicant Signature (Firma de Aplacante): _____

**ELECTRONIC MONITORING APPLICATION
(PROGRAMA DE MONITOREO ELECTRÓNICO)**

INMATE AGREEMENT, RULES AND REGULATIONS

1. I _____, understand that participation in the Electronic Monitoring Program is voluntary. At any time, without cause, I can be removed from the program and returned to a correctional facility to complete my sentence. This program is operated solely for the benefit of the custodial facilities. I hereby agree to comply with all municipal, county, state, and federal laws, ordinances, program rules and regulations, and orders. I further understand and agree that failure to do so will result in my removal from the program, being returned to an in-custody facility, disciplinary action, and possible criminal prosecution.
2. I agree to pay the required program fees as authorized by the Board of Supervisors as a condition of remaining on the program. Furthermore, if I violate program rules/regulations or escape, any moneys owed me are forfeited to the County General Fund.
3. I agree to remain at _____ as my place of confinement, and/or, within the areas determined by the Jail Alternative Staff. I must request permission 72 hours in advance of leaving the premises and must bring back any required documentation verifying these absences.
4. I agree that for the duration of the time I am serving my sentence on Home Detention I will keep my residence maintained in a clean and sanitary manner. I further understand that failure to keep my residence clean and sanitary could result in disciplinary action against me, and/or removal from the program. Also, I understand that should there be minor children living in my residence during my incarceration on Home Detention, and should my residence be determined by Jail Alternatives staff to be unfit or unhealthy for those minor children, Child Protective Services will be notified.
5. I understand if I am allowed to leave my place of confinement for any reason I am to carry a copy of these regulations with me. I will go directly to, remain at, and return directly to my place of confinement. If for any reason, I am delayed and cannot return to my place of confinement, I will notify the Jail Alternative staff at once at:
 - (209) 491-8771 – normal business hours are Monday - Friday 8-4 p.m.
 - (209) 491-8773 – Emergency after hour’s, weekends, holidays.
(Leave a detailed message: Name, date, time, nature of emergency, where you’re going)
 - (209) 491-8774 – Fax number.
6. I understand if I fail to return to my place of confinement within the prescribed time, or leave home at an invalid time, I may be considered an escapee and subject to arrest. I hereby waive extradition if I am apprehended outside the State of California.
7. If stopped, have contact with or if detained by any peace officer, I will immediately notify the officer, “I am on the Stanislaus County Sheriff’s Office Electronic Monitoring Program.” If I am involved in any type of police report or questioned, I will immediately inform Jail Alternatives staff.
8. I understand unannounced visits to my home or business are to be expected by program staff or uniformed officers to verify my compliance with the program rules/regulations.
9. I also agree not to change my agreed upon transportation method without authorization in from Jail Alternatives staff.

Applicant signature: _____ **Date:** _____

Deputy Witness: _____ **Date:** _____

**ELECTRONIC MONITORING APPLICATION
(PROGRAMA DE MONITOREO ELECTRÓNICO)**

NORMAS, REGLAS Y ACUERDO INTERNO

1. Yo _____ entiendo que la participación en el programa de vigilancia electrónica es voluntaria. En cualquier momento, sin causa, puedo ser removido del programa y regresó a una institución correccional para completar mi oración. Este programa es operado exclusivamente en beneficio de los centros de detención. Acuerdan cumplir con todas las leyes municipales, del Condado, estatales y federales, ordenanzas, reglas y reglamentos y órdenes. Además, comprendo y estoy de acuerdo que no hacerlo resultará en mi retiro del programa, siendo devuelto a un centro de custodia, acción disciplinaria y posible enjuiciamiento penal.
2. Me comprometo a pagar los honorarios del programa requerido según lo autorizado por la Junta de supervisores como condición para permanecer en el programa. Además, si violan reglas o reglamentos de programa o escape, cualquier dinero me adeudado se perderán al Fondo General del condado.
3. Estoy de acuerdo en permanecer en mi lugar de confinamiento, _____, o dentro de las áreas determinadas por el personal de alternativa de la cárcel. I debe solicitar permiso 72 horas antes de salir de los locales y debe devolver cualquier documentación requerida verificar estas ausencias.
4. Estoy de acuerdo durante la duración del tiempo que estoy sirviendo a mi frase sobre la casa de detención mantendré mi residencia mantenida de forma limpia y sanitaria. Entiendo que no mantener mi residencia limpia y sanitaria podría resultar en acción disciplinaria contra mí, o remoción del programa. También, entiendo que debe que ser menores que viven en mi residencia durante mi encarcelamiento en la casa de detención, y debería mi residencia determinarse por personal de la cárcel alternativas no aptos o insalubre para los hijos menores de edad, servicios de protección infantil serán notificados.
5. Entiendo que si me permite abandonar mi lugar de confinamiento por ningún motivo que voy a llevar una copia de estos reglamentos conmigo. Voy a ir directamente a, permanecen en y regresar directamente a mi lugar de confinamiento. Si por cualquier razón, estoy retrasado y no pueden regresar a mi lugar de confinamiento, notificaré al personal de la cárcel alternativa a la vez en:
 - **(209) 491-8771 – horas normales de oficina son del lunes al viernes 8-4 p.m**
 - **(209) 491-8773 – Emergencias después de hora, los fines de semana, localizador de vacaciones.**
(Deje un mensaje detallado: nombre, fecha, hora, naturaleza de la emergencia, donde vas)
 - **(209) 491-8774 – Número de Fax**
6. Entiendo que si no puedo volver a mi lugar de confinamiento en el plazo establecido, o salir de casa a una hora no válida, puedo considerar un fugitivo y sujeto a detención. Por la presente renuncio a extradición si yo estoy detenido fuera del estado de California.
7. Si se detiene, tener contacto con o si detenido por cualquier oficial de la paz, se notificar inmediatamente a la oficial, "estoy en el programa de monitoreo electrónico del alguacil del Condado de Stanislaus Oficina". Si estoy involucrado en cualquier tipo de denuncia o cuestionado, inmediatamente será informar al personal de las cárceles alternativas.
8. Entiendo visitas no anunciadas a mi casa o negocio son de esperarse por el personal del programa o uniformados oficiales para verificar mi cumplimiento de los reglas/reglamentos del programa.
9. También acepto no cambiar mi acuerdo al método de transporte sin autorización del personal de las cárceles alternativas.

Firma del solicitante: _____ **Fecha** _____

Deputy Witness: _____ **Date:** _____

**ELECTRONIC MONITORING APPLICATION
(PROGRAMA DE MONITOREO ELECTRÓNICO)**

10. I understand that if I have been released from a custodial facility to participate in this program, that I must **IMMEDIATELY REPORT TO PROBATION** as ordered by the Stanislaus County Superior Court. I further understand that I must continue any counseling or rehabilitation programs and follow all orders of the Stanislaus County Superior Court, Probation, or Jail Alternatives.
11. I agree to accept financial responsibility for any and all medical or dental expenses I may have while participating in the program. I further agree to pay all fines, fees and restitutions, all other just debts, loan indebtedness, and claims or judgments. I also agree to maintain and support all legal dependents.
12. I understand that any violation recorded on electronic monitoring equipment may result in removal from the program.
13. I agree to maintain a telephone at my place of confinement for the use of electronic monitoring equipment, and understand the necessity for monitoring equipment to be installed in my home and attached to my telephone line. I am also responsible for any expense of special adapters necessary in the installation of the equipment and/or the expense for phone calls incurred to monitor this equipment. I also agree to have removed any extra services from my telephone line.

These include answering machines, fax machines, call waiting, voice mail, call forwarding, *69, caller ID, any computer modem (Internet) and any other special feature.

***** Call your provider; state you are on an Electronic Monitoring Program and request removal of all special features.**

14. I agree to leave my telephone receiver on the hook when the telephone is not in use and also to leave the telephone's ringer in the 'on' position at all times. I also agree to hang up the telephone immediately if I hear a computerized sound caused by the receiver/dialer.
15. I understand that cordless phones cannot be used with this system, and that some telephones may experience problems communicating with the monitoring equipment; I will replace my telephone if this is the case.
16. I understand that I am not allowed to move the monitoring unit once Jail Alternative staff has installed it. I agree that I will not sit anything on top of the monitoring unit. I also understand I will be held financially responsible and agree to pay for any and all damage to the monitoring equipment as determined by Jail Alternatives staff. I will not, nor will I allow others, to tamper with or attempt to repair the equipment.
17. I agree that once the monitoring equipment has been set-up and plugged in that I will never unplug the power supply or the phone cord unless instructed to do so by Jail Alternative staff.
18. I acknowledge the fact that I am considered in custody of the Stanislaus County Sheriff's Department. The privilege of being on the Electronic Monitoring Program is an alternative to jail.

Applicant signature: _____ **Date:** _____

Deputy Witness: _____ **Date:** _____

**ELECTRONIC MONITORING APPLICATION
(PROGRAMA DE MONITOREO ELECTRÓNICO)**

10. Me comprometo a seguir los programas de Consejería o rehabilitación ordenados por los tribunales, libertad condicional, personal de la cárcel alternativas, etc.
11. Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad financiera de todos los gastos médicos o dentales, que puedo tener mientras participa en el programa. Además acepto pagar todas las multas, honorarios y restitutions, todas las demás deudas justas, endeudamiento de préstamo y reclamos o juicios. También estoy de acuerdo en mantener y apoyar todos los dependientes legales.
12. Entiendo que cualquier violación grabada en equipos electrónicos de monitoreo puede resultar en la eliminación del programa.
13. Me comprometo a mantener un teléfono en mi lugar de confinamiento para el uso de equipos electrónicos de monitoreo y comprender la necesidad de monitoreo de equipos para ser instalado en mi hogar y unir a mi línea telefónica. También soy responsable por cualquier gasto de adaptadores especiales necesarios en la instalación del equipo o el gasto por llamadas telefónicas incurridas para supervisar este equipo. También acepto haber eliminado cualquier servicio extra de mi línea telefónica.

Estos incluyen máquinas contestadoras, máquinas de fax, llamada en espera, correo de voz, transferencia de llamada, * 69, identificador de llamadas, cualquier módem de computadora (Internet) y cualquier otra característica especial.

***** Llame a su proveedor; Estás en un programa de monitoreo electrónico y solicitud de eliminación de todas las características especiales de estado.*****

14. Estoy de acuerdo en dejar mi teléfono receptor colgado cuando el teléfono no esté en uso y también dejar el timbre del teléfono en la posición 'on' en todo momento. También me comprometo a colgar el teléfono inmediatamente si escucho un sonido computarizado causado por el marcador de receptor.
15. Entiendo que no se puede utilizar teléfonos inalámbricos con este sistema, y que algunos teléfonos pueden experimentar problemas de comunicación con el equipo de monitoreo; Sustituyo mi teléfono si este es el caso.
16. Entiendo que no me permite mover la unidad de vigilancia una vez que personal de la cárcel alternativa ha instalado. Estoy de acuerdo en que no se siente nada sobre la unidad de control. También entiendo será responsable financieramente y me comprometo a pagar todos los daños a los equipos de monitoreo como determinado por el personal de la cárcel alternativas. No te, ni permitirá otros, manipular o intente reparar el equipo.
17. Estoy de acuerdo una vez que el equipo de monitoreo haya sido instalado y conectado que nunca se desconecte la alimentación o el cable de teléfono a menos que se lo indique el personal de la cárcel alternativa.
18. Reconozco que yo soy considerado bajo custodia del Departamento del Sheriff del Condado de Stanislaus. El privilegio de estar en el programa de monitoreo electrónico es una alternativa a la cárcel.

Firma del solicitante: _____ **Fecha** _____

Deputy Witness: _____ **Date:** _____

**ELECTRONIC MONITORING APPLICATION
(PROGRAMA DE MONITOREO ELECTRÓNICO)**

I agree that all terms, rules and regulations listed below are not limited to myself, and apply to all persons living in the household.

19. I agree to submit to searches of my person, property, residence, and vehicle registered to myself or that I am in at the time, at any time while participating in the program, by Jail Alternative Staff and any authorized peace officer of the State of California at any time of day or night without the requirement of probable cause, prisoner's consent or search warrant
20. I understand I may not possess or consume any alcohol or "street drug", or possess or use any drug unless prescribed by a physician, and that any violation of this will result in my removal from the program. I agree to submit to any alcohol or drug detection at my expense at the request of Jail Alternative staff or by any duly authorized peace officer of the State of California.
21. I agree not to own, control, or possess any firearms, ammunition, or other weapons such as Knives, BB guns, air soft weapons, paintball guns, collectable weapons of any kind, or keep any pets *i.e. dogs* at my place of confinement, unless approved by the Jail Alternative staff.
22. I also acknowledge that I may not live with or associate with, persons who in the view of Jail Alternative staff may not project a rehabilitative attitude or who interferes with a rehabilitative environment. I will not allow persons to take up residency in my place of confinement without the permission of Jail Alternatives.
23. I agree that I am not allowed to have visitors at any time. Exceptions; immediate family members only (Mom, Dad, brothers, sisters). NO aunt's, uncles or cousins.

By signing below I agree that I have read, understand and agree to all rules, regulations and terms above. I also agree that any violation of these rules, regulations or terms could result in disciplinary action or removal from the program.

Applicant signature: _____ **Date:** _____

Deputy Witness: _____ **Date:** _____

**ELECTRONIC MONITORING APPLICATION
(PROGRAMA DE MONITOREO ELECTRÓNICO)**

Estoy de acuerdo que todos los términos, reglas y regulaciones enumeradas a continuación no se limita sólo a mí mismo y aplicarán a todas las personas que viven en el hogar.

19. Estoy de acuerdo en someterse a las búsquedas de mi persona, propiedad, la residencia y el vehículo registraron a mí o que yo estoy manejando en el momento, en cualquier momento mientras participa en el programa, por personal de alternativa de la cárcel y cualquier funcionario autorizado de la paz del estado de California en cualquier momento del día o de noche sin necesidad de causa probable, el consentimiento o la orden de allanamiento del prisionero
20. Entiendo que no puedo poseer o consumir alcohol o "drogas callejeras", o poseer o usar cualquier droga a menos que se prescriba el médico, y que cualquier violación de esto resultará en mi retiro del programa. Estoy de acuerdo en someterse a cualquier detección de alcohol o drogas a mi cargo a petición del personal de la cárcel alternativa o por cualquier funcionario de paz debidamente autorizado del estado de California.
21. Acepto no poseer, controlar o poseer cualquier arma de fuego, municiones u otras armas como cuchillos, pistolas BB, aire suaves armas, pistolas de paintball, coleccionables armas de cualquier tipo, o mantener alguna mascota es decir perros en mi lugar de confinamiento, a menos que el aprobado por el personal de la cárcel alternativa.
22. También reconozco que no puedo vivir con o asociar a las personas que a juicio del personal de la cárcel alternativa no puede proyectar una actitud de rehabilitación o que interfiere con un ambiente de rehabilitación. No permitiré que las personas a tomar residencia en mi lugar de confinamiento sin el permiso de las alternativas de la cárcel.
23. Estoy de acuerdo en que no me permite tener visitas en cualquier momento. Excepciones; miembros de familia inmediata sólo (mamá, papá, hermanos, hermanas). NO tía, tíos o primos.

Al firmar abajo acepto que leído, entendido y acepta todas las reglas, regulaciones y condiciones. También estoy de acuerdo en que cualquier violación de estas normas, reglamentos o términos podría resultar en acción disciplinaria o eliminación del programa

Firma del solicitante: _____ **Fecha** _____

Deputy Witness: _____ **Date:** _____

**ELECTRONIC MONITORING APPLICATION
(PROGRAMA DE MONITOREO ELECTRÓNICO)**

FINANCIAL OBLIGATION AGREEMENT

I, _____, as a participant in a Jail Alternatives Program, agree to the terms and conditions listed below:

1. I agree to pay the application fee as authorized by the Stanislaus County Board of Supervisors, and understand this fee will not be returned to me. This fee is for the processing of the application only, and will not be credited towards payment of Jail Alternatives daily participation fee if I am accepted into the program. It is not refundable if I am denied the program.
2. I agree to pay the daily participation fees as authorized by the Stanislaus County Board of Supervisors. ***I understand my account must always reflect one week (7 days) paid in advance.*** I further understand that payments are due each week until completion of the program. I understand and agree that it is my sole responsibility to keep the account current.
3. Upon acceptance to the program I agree to pay the first and last weeks fees in advance.

I have read and understand my financial obligations. I further understand any failure on my part to meet the above obligations will be grounds for removal from the program.

Applicant: _____
(Signature)

EL ACUERDO DE OBLIGACIÓN FINANCIERO

Yo, _____, como participante en un programa de alternativas de cárcel de acuerdo a los términos y condiciones que se indican a continuación:

1. Yo acepto pagar la cuota de aplicación según lo autorizado por la Junta de supervisores del Condado de Stanislaus y entender que esta tarifa no serán devueltos a mí. Esta tarifa es para la tramitación de la solicitud únicamente y no se acreditará hacia el pago de la tarifa diaria de cárcel alternativas si soy aceptado en el programa. No es reembolsable si me niegan el programa.
2. Yo Estoy de acuerdo en pagar las tarifas diarias según lo autorizado por la Junta de supervisores del Condado de Stanislaus. **Su cuenta siempre debe reflejar una semana (7 días) pagado por adelantado.** Los pagos vencen cada semana hasta que termine el programa. Es su responsabilidad mantener la cuenta actual.
3. Tras la aceptación del programa estoy de acuerdo en pagar los honorarios de primera y última semanas por adelantado.

Yo leído y entiendo mis obligaciones financieras. Entiendo, además, cualquier error de mi parte para cumplir las obligaciones anteriores será motivo para la remoción del programa.

Aplacante: _____
(Firma)

**ELECTRONIC MONITORING APPLICATION
(PROGRAMA DE MONITOREO ELECTRÓNICO)**

COHABITANT AGREEMENT / PERMISSION TO SEARCH

I _____, DOB _____, have applied for the Stanislaus County Sheriff's Electronic Monitoring Program. If accepted, I will be residing at:

_____ while participating in the program.

I understand, as an adult age 18 or older, by signing below that my person and property at the above address is subject to search at any time of day or night without the requirement of probable cause, consent, or search warrant by Jail Alternative staff or by any duly authorized peace officer of the State of California during their participation on the program. I agree to allow access to all and any locked door, safe, cabinet or other locked items at the request of Jail Alternative's staff.

I also understand that the failure to allow entry into my home or any locked area of my home when requested by Jail Alternatives staff or duly authorized peace officer will result in the person being removed from the Electronic Monitoring Program and returned to standard incarceration.

In the space below list all persons living in the household. Include each person's full name, age, and relationship to applicant. All adults 18 or older must also agree to and sign their assent to the above agreement.

<u>Name</u>	<u>Age</u>	<u>Relationship</u>	<u>Signature if over 18</u>
1)		SELF	
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
7)			
8)			
9)			
10)			

**ELECTRONIC MONITORING APPLICATION
(PROGRAMA DE MONITOREO ELECTRÓNICO)**

COHABITA PERMISO DE ACUERDO A LA BÚSQUEDA

Yo entiendo que, _____, Fecha de Nacimiento _____, ha aplicado para el programa de monitoreo electrónico del Sheriff del Condado de Stanislaus. Si acepta, el solicitante nombrado arriba va ser que residen en:

_____ mientras participa en el programa.

Edad 18 años o más, al firmar a continuación que mi persona y los bienes en la dirección arriba mencionada es objeto de búsqueda en cualquier momento del día o de noche sin el requisito de causa probable, consentimiento o cateo por personal de la cárcel alternativa o por cualquier funcionario de paz debidamente autorizado del estado de California durante su participación en el programa. Estoy de acuerdo en permitir el acceso a cualquier puerta, seguro, gabinete u otros elementos bloqueados a petición del personal de cárcel alternativa.

También entiendo que el no permita la entrada a mi casa o en cualquier área cerrada de mi casa cuando sea solicitada por el personal de la cárcel alternativas o funcionario debidamente autorizado de paz resultará en la persona de ser removido del programa de monitoreo electrónico y regresó al encarcelamiento estándar.

En el espacio a continuación una lista de todas las personas que viven en el hogar. Incluir el nombre completo de cada persona, edad y relación con el solicitante. Todos los adultos de 18 años o más también deben aceptar y firmar su consentimiento al acuerdo anterior.

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Relación</u>	<u>Firma si se supera 18</u>
1)		APLACANTE	
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
7)			
8)			
9)			
10)			

**ELECTRONIC MONITORING APPLICATION
(PROGRAMA DE MONITOREO ELECTRÓNICO)**

**MEDICAL PRESCREENING
PANTALLA MÉDICA**

Are you under a doctor's care for medical or psychiatric reasons: Yes (Si) No
 Estás bajo un cuidado de los médicos por razones médicas o psiquiátricas:

If yes, provide the following Information (En caso afirmativo, proporcione la siguiente información):

Doctor Name (Nombre del médico):
Address (Domicilio):
Telephone Number (Numero De Teléfono):

Are you taking any medication (¿Está tomando algún medicamento): Yes (Si) No

If yes, list each of the of the medications (Si sí, lista de cada uno de los tipos de los medicamentos):

Do you now have or have you ever had any of the following (¿Ahora tiene o ha tenido alguna vez alguna de las siguientes):

Diabetes	Yes	No	Seizures (Convulsiones)	Yes	No
High Blood Pressure (Presión arterial alta)	Yes	No	Psychiatric Problems (Problemas psiquiátricos)	Yes	No
Tuberculosis	Yes	No	Hepatitis	Yes	No
Heart Disease (Enfermedades del corazón)	Yes	No	Venereal Disease (Enfermedades venéreas)	Yes	No
AIDS (SIDA)	Yes	No	Asthma (Asma)	Yes	No
Emphysema (Enfisema)	Yes	No	Cancer (Cáncer)	Yes	No

Females only - Are you pregnant (Las hembras sólo - están embarazada): Yes No

Applicant signature (Firma del solicitante): _____

**ELECTRONIC MONITORING APPLICATION
(PROGRAMA DE MONITOREO ELECTRÓNICO)**

PRE-ACCEPTANCE SEARCH AUTHORIZATION RELEASE

I, _____ am the legal owner/registered tenant at:

Street Address: _____

City: _____, CA

Zip Code: _____

Phone #: _____

As the legal owner/registered tenant of the above listed property, I do hereby give my consent for the Jail Alternatives Unit staff to conduct a pre-acceptance inspection of this residence, *including all buildings, storage areas, and vehicles*. Furthermore, I am aware that random residence inspections may be conducted with little or no advanced notification at any time while on the program.

Signed: _____

Date: _____

LIBERACIÓN DE PROPIEDAD DE ACEPTACIÓN

Yo, _____ soy el inquilino registrado/propietario legal en:

Domicilio: _____

Ciudad: _____, CA.

Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____

Como la legal registrado de propietario/inquilino de lo anterior aparece propiedad, hago por este medio dar puede consentir por el personal de la unidad de cárcel alternativas para llevar a cabo una inspección unas de esta propiedad. Además, soy consciente de que la inspección de la propiedad de unas puede llevarse a cabo con poca o ninguna notificación avanzada.

Firma: _____

Fecha: _____

**ELECTRONIC MONITORING APPLICATION
(PROGRAMA DE MONITOREO ELECTRÓNICO)**

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF TELEPHONE INFORMATION

To be filled out and signed by the person on the phone bill

I, _____, the person who has applied for and is billed on a monthly basis for the
(Print Name)
service of telephone number:

(209) _____

Located at _____,
(Full Address)

Do hereby authorize the Stanislaus County Sheriff's Office, Jail Alternatives, to request and receive from the telephone company, any information and/or a monthly billing of all services rendered to the above telephone number.

Print Name: _____

Signature: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN TELEFÓNICA

Para ser llenada y firmada por la persona en la cuenta de teléfono

Yo, _____, La persona que ha solicitado y se cuenta mensualmente por el
(Nombre)
servicio de teléfono:

(209) _____

Ubicado en _____,
(Domicilio)

Autorizo la Oficina del Sheriff del Condado de Stanislaus, alternativas de la cárcel, a solicitud y recibir de la compañía de teléfonos, cualquier información o una facturación mensual de todos servicios prestados al anterior número de teléfono.

Nombre: _____

Firma: _____

**ELECTRONIC MONITORING APPLICATION
(PROGRAMA DE MONITOREO ELECTRÓNICO)**

EMPLOYER'S AGREEMENT

To Be Completed By Employer

1. Report any tardiness and/or absences to Jail Alternatives Office.
2. Prohibit the employee from leaving the work site during work hours, unless in the performance of his/her job duties.
3. Prohibit the use of any alcohol or drugs.
4. Report any alcohol or drug use immediately to Jail Alternatives Office.
4. Notify the Jail Alternatives Office of any injury.
5. Provide employee with necessary safety equipment.
6. Prohibit any visitation at the job site.
7. Employee must have a set hourly schedule with no rotating days off.
8. All overtime must be mandatory with 72 hours advance notice. (No volunteer overtime).
9. Report all employment status, schedule, or time changes.
10. Allow the Jail Alternative Staff to review employee's attendance records.
11. Allow employee to schedule appointments such as medical, legal coordinating schedules with Jail Alternative Staff.
12. Allow the search of the employee and his immediate work area for contraband by any Jail Alternative Staff.

I agree to contact Jail Alternatives for any of the above terms.

Main: 209-491-8771

Fax: 209-491-8774

I have read and agree to the above conditions and understand that any violations of these conditions by the employee will be cause for their removal from the Electronic Monitoring Program.

Employer's Printed Name & Title

Company Name

Employer's Signature

Company Address

Telephone Number

Date

**ELECTRONIC MONITORING APPLICATION
(PROGRAMA DE MONITOREO ELECTRÓNICO)**

EMPLOYEE DATA SHEET

To Be Completed By Employer

Business / Company Name: _____

Employees Name: _____

Time with Company: Years: _____, Months: _____

Occupation: _____

Job Title: _____

WORK DAYS: SUN MON TUES WEDS THURS FRI SAT

(Circle appropriate days)

Start Time: _____, End Time: _____

Base Hourly Wage: \$ _____

Pay Days: _____

Remarks: _____

Employer's Printed Name & Title

Employer Signature

Date

**** EMPLOYER, PLEASE MAKE A COPY OF THIS AGREEMENT FOR YOUR RECORDS****