



Stanislaus County Sheriff's Department

Alternative Work Program

194 E. Hackett Road

Modesto, CA 95358

(209) 491-8771

APPLICATION

Date/ Fecha _____

Name/ Nombre _____

Last/Apellido

First/Primer Nombre

Middle/Medio Nombre

Other Names Used Previously _____

(Otros Nombres Usados Anteriormente)

Address/ Domicilio _____ City/Ciudad _____ Zip/Codigo Postal _____

Home Phone/Teléfono Casa _____ Cell Phone/ Teléfono Celular _____

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento _____ Place of Birth/Lugar de Nacimiento _____

Marital Status/Estado civil _____ Sex/Sexo _____ Race/Raza _____ Age/Edad _____ Height/Estatura _____

Weight/Peso _____ Hair/Pelo _____ Eyes/Ojos _____ Social Security# / Número de seguro social _____

Driver's License#/ Número de licencia de conducir _____ Expires / Se Vence _____

Do you have reliable transportation? _____ Have you ever been on AWP? _____ Did you complete the program? _____

(¿Tiene transporte confiable?)

(¿Alguna vez participo en el programa de AWP?)

(¿Completó usted el programa?)

When?/Cuando? _____ What County?/ ¿Qué Condado? _____

EMPLOYMENT INFORMATION / INFORMACIÓN DE EMPLEO

Occupation/Trabajo _____ Employer/Patrón _____

Address/Domicilio _____ City/Ciudad _____ State/Estado _____ ZIP/Codigo Postal _____

Phone/Teléfono _____ Supervisor _____

EMERGENCY CONTACT INFORMATION/ INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Name/Nombre _____ Relationship/Parentesco _____

Address/Domicilio _____ City/Ciudad _____ State/Estado _____ ZIP/Codigo Postal _____

Home Phone/Teléfono de Casa _____ Cell Phone/Teléfono Celular _____ Work#/ Teléfono de Trabajo _____

MEDICAL INFORMATION/ INFORMACIÓN MÉDICA

Are you now under doctor's care for medical or psychiatric reasons? YES SI / No

¿Estás ahora bajo atención médica por razones médicas o psiquiátricas?

Are you taking medications? YES SI / No If so, What? _____

¿Estás tomando medicamentos? ¿Si es así, ¿qué? _____

Do you now have or have you ever had any of the following? Please circle below

¿Usted ahora tiene o ha tenido alguno de los siguientes? Por favor circule abajo

YES SI / NO Back Problems/ Problemas de Espalda YES SI / NO Heart Disease/ Enfermedad del corazón

YES SI / NO Seizures/ Convulsiones YES SI / NO Diabetes YES SI / NO Emphysema/Enfisema

YES SI / NO Knee Problems/Problemas de rodilla YES SI / NO Psychiatric Problems/ Problemas psiquiátricos

YES SI / NO High Blood Pressure/ Presión arterial alta YES SI / NO Recent Surgeries Cirugías recientes

Have you been on Workman's Compensation in the last 12 months? YES SI / NO

¿Ha estado en Compensación para Trabajadores en los últimos 12 meses?

Are you on Workman's Compensation or S.S.I. at this time? YES SI / NO

¿Está usted en el programa de compensación al trabajador o recibe Ingresos Suplementales del Seguro Social S.S.I. en este momento?

Females only: Are you pregnant at this time? YES SI / NO

Mujeres solamente: ¿Esta embarazada?

Applicant's Signature/Firma _____