



STANISLAUS COUNTY SHERIFF'S DEPARTMENT  
Jail Alternatives



194 E Hackett Rd Modesto, CA 95358  
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)
- Copy of rental agreement/proof of home ownership (Copia de contrato de renta/documentos de quien le pertenece la casa)
- 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 póliza)
    - 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):	
Additional# (Numero additional)		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 yo seré un voluntario para transportar a este candidato. Mi automóvil estará sujeto a búsqueda en cualquier momento en que este transportando al candidato del programa y tambien si estoy 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)**

**1<sup>st</sup>. Driver or self (Primero conductor de caro, ó solo)**

Name (Nombre):		Date of Birth (Fecha de Nacimiento):
Driver's License # (Numero De licencia):		Expiration date (Fecha de vencimiento):
Vehicle make and Model (modelo de automobilo):		Registration expiration date (Vencimiento de registación):
License Plate# (numero de placas):	Year (ano):	Color:
Insurance Company (Aseguraza de automóvil):	Policy# (Numero de poliza):	Expiration date (Fecha de vencimiento):
<b>Driver Signature (Firma de Conductor):</b>		<b>Relationship to Applicant (Relación de aplacante):</b>

**2<sup>nd</sup> Driver (Segundo Conductor de caro)**

Name (Nombre):		Date of Birth (Fecha de Nacimiento):
Driver's License # (Numero De licencia):		Expiration date (Fecha de vencimiento):
Vehicle make and Model (modelo de automobilo):		Registration expiration date (Vencimiento de registación):
License Plate# (numero de placas):	Year (ano):	Color:
Insurance Company (Aseguraza de automóvil):	Policy# (Numero de poliza):	Expiration date (Fecha de vencimiento):
<b>Driver Signature (Firma de Conductor):</b>		<b>Relationship to Applicant (Relación de aplacante):</b>

**Applicant Signature (Firma de Aplacante):** \_\_\_\_\_

**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  
(Nombre)  
voluntaria. En cualquier momento, sin causa, puedo ser removido del programa y regresado a una institución correccional para completar mi sentencia. Este programa es operado exclusivamente en beneficio a los centros de detención. Acuerdo 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 detención, 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 violo reglas o reglamentos de programa o escape, cualquier dinero pagado se perderá al Fondo General del condado.
3. \_\_\_ Estoy de acuerdo en permanecer en mi lugar de confinamiento, \_\_\_\_\_, o  
(Domicilio)  
dentro de las áreas determinadas por el personal de alternativa de la cárcel. Yo debo solicitar permiso 72 horas antes de salir de los locales y debo obtener y entregar cualquier documentación requerido para verificar estas salidas.
4. \_\_\_ Estoy de acuerdo que durante la duración del tiempo que estoy sirviendo mi sentencia en casa 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 hasta retiro del programa. También, entiendo que si mi residencia es determinada por personal de la cárcel alternativas no apto o insalubre para los hijos menores de edad, servicios de protección infantil serán notificados.
5. \_\_\_ Entiendo que si me es permitido salir de mi lugar de confinamiento debo llevar una copia de estos reglamentos conmigo. Debo ir directamente, permanecer 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 de inmediato:
  - **(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, días de fiesta.**  
(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, me puedo considerar un fugitivo y sujeto a detención. Por lo presente, renuncio a extradición si yo estoy detenido fuera del estado de California.
7. \_\_\_ Si soy detenido o tengo contacto con cualquier oficial de la paz, le notificare al oficial de inmediato, "estoy en el programa de monitoreo electrónico del Condado de Stanislaus". Si estoy involucrado en cualquier tipo de denuncia o cuestionado, informare de inmediato 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 oficiales uniformados para verificar mi cumplimiento de las reglas/reglamentos del programa.
9. \_\_\_ También acepto no cambiar mi acuerdo al método de transporte sin autorización del personal de las cárceles alternativas.
10. \_\_\_ Me comprometo a seguir los programas de Consejería o rehabilitación ordenados por los tribunales, libertad condicional, personal de la cárcel alternativas, etc.

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

11. \_\_\_Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad financiera de todos los gastos médicos o dentales, que puedo tener mientras participo en el programa. Además acepto pagar todas las multas, honorarios y restituciones, 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. \_\_\_Estoy de acuerdo una vez que el equipo de monitoreo haya sido instalado y conectado que nunca se desconectara la alimentación o el cable de teléfono a menos que se lo indique el personal de la cárcel alternativa.
14. \_\_\_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.
15. \_\_\_Estoy de acuerdo en someterme a las búsquedas de mi persona, propiedad, residencia y el vehículo registrado a mí o en el que yo este manejando en el momento. Esto será posible en cualquier momento del día o de noche mientras participe en el programa por personal de alternativa de la cárcel y cualquier funcionario autorizado de la paz del estado de California. No es necesario tener causa probable, el consentimiento o la orden de allanamiento del prisionero
16. \_\_\_Entiendo que no puedo poseer o consumir alcohol o "drogas callejeras", o poseer o usar cualquier droga a menos que se prescriba por un médico. Cualquier violación de esto puede resultará en mi retiro del programa. Estoy de acuerdo en someterme 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.
17. \_\_\_Acepto no poseer o controlar cualquier arma de fuego, municiones u otras armas como cuchillos, pistolas BB, armas de aire suaves, pistolas de paintball, armas coleccionables de cualquier tipo, o mantener alguna mascota es decir perros en mi lugar de confinamiento. A menos que sea aprobado por el personal de la cárcel alternativa.
18. \_\_\_También reconozco que no puedo vivir o asociar con personas que a juicio del personal de la cárcel alternativa no proyecten una actitud de rehabilitación o que interfieran con un ambiente de rehabilitación. No permitiré que personas no autorizadas vivan en mi hogar sin el permiso del personal de la cárcel alternativa.
19. \_\_\_Estoy de acuerdo en que no es permitido tener visitas en cualquier momento. Excepciones; miembros de familia inmediata sólo (mamá, papá, hermanos, hermanas). NO tía, tíos o primos.
20. \_\_\_Estoy de acuerdo que todos los terminos, reglamentos enumeradas a continuacion no se limita solo a mi mismo. Esto aplicara a todas las personas que vivan en el mismo hogar.
21. \_\_\_Entiendo que es necesario e importante tener un teléfono que funcione todo el tiempo mientras esté participando en el programa del monitor electrónico. Si mi teléfono está apagado, quebrado, perdido o cambió de número de teléfono, avisaré de inmediato a la unidad de personal de la carcel alternativa.
22. \_\_\_Entiendo que si cualquier agencia de policía me trata de contactar por teléfono con los números que he dado e yo intesionalmente ignoro o no contesto la llamada, podría ser disciplinado(a) y hasta también se me puede regresar al centro de detención.

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

23. \_\_\_\_Entiendo que si un official de la unidad de personal de la carcel alternativa me llama y me ordena salir de la casa yo tendré que obedecer y cumplir con la orden. Entiendo que soy requerido(a) salir solo(a) a menos que reciba instrucciones diferentes. Si no cumplo con las ordenes podría resultar en ser disciplinado(a) y hasta también se me puede regresar al centro de detención o se me puede acusar con un cargo de fuga.
24. \_\_\_\_Entiendo que si la unidad d carcel alternativa intenta contactarme por medio de mi monitor electrónico mandandome mensajes, soy obligado(a) a responder y comunicarme de inmediato. Si yo ignoro los mensajes de mi monitor podría resultar en ser disciplinado(a) y hasta también se me puede regresar al centro de detención o se me puede acusar de fuga.
25. \_\_\_\_Entiendo que si me regresan o me llevan a un centro de detención por una agencia de policía, yo soy responsable del equipo que tengo en mi casa que es propiedad de la unidad de la carcel alternativa. La unidad de carcel alternativa no es responsable de contactarse con los miembros de la familia o residentes de la casa para colectar el equipo. Si el equipo no se regresa dentro de 5 días un nuevo cargo sería agregado por robo y/o ser cobrado el precio del equipo que no fue entregado.
26. \_\_\_\_Entiendo que es requerido presentarme a la oficina de carcel alternativa mensualmente. El oficial que me pondra en el programa del monitor electrónico me informara de el día y hora que me tendre que presentar.
27. \_\_\_\_Entiendo que si trato de forzar o manipular cualquier parte del equipo que me han puesto en mi persona o me han dado para poner en mi casa por los oficiales de la unidad de carcel alternative podría resultar en ser disciplinado(a) y hasta también me regresen al centro de detención. Tambien se me puede acusar con un cargo de fuga. También entiendo que si corto, rompo, estiro o de cualquier otro modo daño la banda de plastico del monitor electrónico podría resultar en ser disciplinado(a) y hasta también me regresen al centro de detención o se me puede acusar con un cargo de fuga. También entiendo que si dejo que mi monitor electrónico pierda toda su carga, causando que los oficiales de la unidad de calrcel alternativa no me puedan seguir la pista o localizarme podría resultar en ser disciplinado(a) y hasta también se me regrese al centro de detención o se me puede acusar con un cargo de fuga.

**Al firmar abajo acepto que e leído, entendido y acepto todas las reglas, reglamentos 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)**

**EL ACUERDO DE OBLIGACIÓN FINANCIERO**

Yo, \_\_\_\_\_, como participante en un programa de alternativas de cárcel  
(Nombre)

estoy 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 será devuelta 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 e leído y entiendo mis obligaciones financieras. Entiendo, además, cualquier error de mi parte para cumplir las obligaciones anteriores será motivo para retirarme del programa.

Aplacante: \_\_\_\_\_  
(Firma)

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

**COHABITA PERMISO DE ACUERDO A LA BÚSQUEDA**

Yo \_\_\_\_\_, Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_, he aplicado  
(Nombre)

para el programa de monitoreo electrónico del Sheriff del Condado de Stanislaus. Si soy aceptado(a), mi domicilio sera:

\_\_\_\_\_ mientras participe en el programa.  
(Domicilio)

Yo entiendo, como un adulto de 18 años de edad o más, al firmar a continuación mi persona y los bienes en la dirección mencionada arriba son 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)		<b>APLACANTE</b>	
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:  
Estás bajo un cuidado de los médicos por razones médicas o psiquiátricas:

Yes (Si) No

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 - está embarazada): Yes No

Applicant signature (Firma del solicitante): \_\_\_\_\_

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

**LIBERACIÓN DE PROPIEDAD DE ACEPTACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_ soy el inquilino registrado/propietario legal en:

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_, CA.

Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Como la persona legal registrado de propietario/inquilino de la propiedad, hago por este medio consentimiento al personal de la unidad de cárcel alternativas para llevar a cabo una inspección de esta propiedad. Además, soy consciente de que la inspección de la propiedad puede llevarse a cabo con poca o ninguna notificación avanzada.

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**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. Report any alcohol or drug use immediately to Jail Alternatives Office.
3. Notify the Jail Alternatives Office of any injury.
4. Provide employee with necessary safety equipment.
5. Report any employment status changes to the Jail Alternatives Office (i.e. Termination)

**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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**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:** \$ \_\_\_\_\_

PayDays: \_\_\_\_\_

Remarks: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Employer's Printed Name & Title

\_\_\_\_\_  
Employer Signature

\_\_\_\_\_  
Date

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