

FAVOR DE TRAER LO SIGUIENTE CON USTED A SU ENTREVISTA

PROCEDIMIENTOS DE ENTREVISTA

SI TRABAJA, traer el siguiente con el logo de la compañía. Los días que trabaja (Lunes, Martes, etc.), horas por día de trabajo (8-4, etc.), el total de horas por semana Y la cantidad que se le paga por hora, incluye una persona de contacto con los números de teléfono y numero de celular si tiene.

SI LA ESCUELA ESTA INVOLUCRADA, para la Universidad se necesita de la oficina de admisiones una copia de sus clases pagadas. Los días de la semana que asiste a clase y las horas de sus clases. Si usted tiene niños en los grados de 1-12, necesitará la misma información de su escuela si piensa que se le permitiera recogerlos o dejarlos.

RECIBE DE SU ABOGADO, el numero de caso que van a ser condenados y en cuántos días se va hacer en la custodia.

DEBE TENER UN TELEFONO FIJO. No se puede utilizar un teléfono celular para su único teléfono, mientras esta en este programa.

USTED DEBE TENER TODAS LAS PÁGINAS DE ESTE PAQUETE LLENADO COMPLETAMENTE antes de la entrevista. Cada línea que se refiere a usted debe de responder y llenarlo. No hay excepciones.

LEER LO ANTERIOR CON MUCHO CUIDADO

ES SU RESPONSABILIDAD PARA OBTENER LA INFORMACIÓN ANTERIOR PARA LA ENTREVISTA

C.H.I.P

PROGRAMA INTEGRAL DE ENCARCELAMIENTO EN EL HOGAR A/K/A DETENCIÓN EN LA CASA ELECTRONICO

Llenar los formularios adjunto y completamente legible. Asegúrese de entender todo lo que marca con sus iniciales.

Llame a la cárcel del Condado de Champaign a 384-1276, entre las 8:30am y las 5:00pm de lunes a viernes para obtener una cita con el Oficial K. McCallister u Oficial Foster. La cita debe realizarse por lo menos 2 semanas antes de su fecha de corte.

Hay una cuota de \$12.00 por día para participar en el programa de CHIPS, que deben ser pagados según lo indicado por el oficial de CHIPS. Usted debe de pagar \$84.00 el día que se ponen en el programa. El pago podrá ser en efectivo o giro postal (money orden) y se puede ser por alguien que no sea el cliente de CHIPS pero el nombre completo del cliente de CHIPS debe de estar escrito en la sección de nota de la orden de pago (memo) y el ORDEN de pago debe hacerse a nombre de la Oficina de Champaign County Sheriffs office, ubicada en 204 Main Street Urbana IL 61801. El pago debe ser entregado en persona durante las horas normales de 8:00am a 5:00pm, lunes a viernes y un recibo será dado. La oficina no sabrá su saldo así que asegúrate de no perderlo tu mismo. No darán cambio en la oficina; no aceptaran ninguna moneda como pago. **NO SE PUEDE HACER PAGOS EN DIAS FESTIVOS.** Si no esta seguro si es un día festivo para el condado llama antes de irse.

Usted será informado periódicamente para reunirse con un oficial correccional en la cárcel por satélite para vigilar el cumplimiento. Usted puede ser obligado a dar una muestra de orina para detectar drogas ilegales en su sistema en cualquier momento, mientras que esta en el programa incluyendo inicio, durante y al final de su condena a CHIPS.

IMPORTANTE: El día que el Juez le diga a entregarse a la cárcel por satélite, debe llegar a tiempo y usted puede estar aquí durante varias horas, dependiendo de lo ocupado que está.

LA OFICINA DE SHERIFF DEL CONDADO DE CHAMPAIGN
DETENCION DE HOGAR ELECTRÓNICO, AKA CHIPS
REGLAS, SOLICITACIONES, LIBERACION Y ACUERDO

**LEA CUIDADOSAMENTE CADA PARRAFO Y EN CADA UNO
PONGA SU INICIAL**

La oficina de Sheriff del condado de Champaign (en lo sucesivo, “CCSO”) y Detención de Hogar Electrónico (en lo sucesivo “CHIPS”)

Yo _____ solicito permiso a participar
(escriba encima su nombre completo)
en CCSO CHIPS y estoy de acuerdo en lo siguiente:

1. Que voy a permanecer dentro del recinto interior de mi casa y no voy estar fuera o en el patio de _____
(escriba encima su dirección y la ciudad en donde va estar viviendo)
en ninguno momento, salvo por ausencias aprobadas por el CCSO.
_____ (iniciales)
2. Voy a admitir cualquier representante de la CCSO a la residencia anterior en cualquier momento para buscar mi persona y la residencia para verificar mi cumplimiento de los términos de este acuerdo y CHIPS. Si niego la entrada, por este medio irrevocablemente, doy el permiso y entiendo que la residencia se convierte en una institución penal, los representantes CCSO podrán usar fuerza sin una orden judicial para entrar, arrestarme y cumplirá el resto de mi condena en la cárcel.
_____ (iniciales)
3. Voy hacer todos los arreglos necesarios con mi empleador y/o escuela y/o consejería o centro de tratamiento para cualquier representante de la CCSO a visitar estos sitios para verificar cumplimiento con los términos de este acuerdo y CHIPS.
_____ (iniciales)
4. Voy a participar con aprobados dispositivos de vigilancia y voy a mantener un teléfono que funciona en la residencia y puede ser un dispositivo de vigilancia en la residencia y/o en mi persona.

_____ (iniciales)

5. No voy a cambiar las direcciones o los horarios sin la aprobación previa, por escrito, de un representante autorizado de CCSO.

_____ (iniciales)

6. Me doy cuenta que la residencia anterior es una institución penal mientras que estoy en CHIPS y una violación de la orden judicial o de las normas CCSO CHIPS o este acuerdo, puede ser causa de enjuiciamiento para el escape.

_____ (iniciales)

7. **No voy a violar ninguna ley o cometer ningún delito durante el periodo de tiempo en CHIPS.** Si una nueva acusación es presentada por la oficina del Abogado de Estado su sentencia CHIPS será revocado, si el nuevo cargo no se presenta, a continuación, una investigación se llevara a cabo por el oficial de CHIPS para determinar las medidas que sean necesarias. Usted permanecerá en custodia hasta que la investigación se haya completado.

_____ (iniciales)

8. **No habrá ninguna tipo de armas en mi residencia durante el periodo de tiempo CHIPS**

_____ (iniciales)

9. No habrá bebidas alcohólicas o drogas ilegales consumidas por el cliente o en la residencia durante periodo del tiempo CHIPS. No voy a consumir bebidas alcohólicas o drogas ilegales de ningún tipo durante o antes del inicio de la programa CHIPS. Si usted esta haciendo drogas ilegales debe de parar de hacerlo, LO ANTES POSIBLE. NO TOME NADA que contiene alcohol (como enjuague bucal, Nyquil, etc.), el olor de una bebida alcohólica en la respiración es una violación de las normas CHIPS y se pondrá de nuevo a la cárcel.

_____ (iniciales)

10. Voy a presentar, en cualquier momento, a cualquier prueba de aliento, la orina o la sangre solicitada por cualquier representante de la CCSO.

_____ (iniciales)

11. Voy a pagar la suma de \$12.00 por día, por _____ días = \$ _____ mientras estoy condenado a la CCSO, y CHIPS.

_____ (iniciales)

12. Durante el periodo de detención domiciliaria yo mantendré un teléfono en la residencia y comprometo a no utilizar servicio de reenvío de llamadas, teléfonos inalámbricos u otros dispositivos que pueden interferir con o traten de eliminar el sistema de vigilancia. Puedo tener identificador de llamadas y llamada en espera.

_____ (iniciales)

13. Entiendo que cualquier violación de la orden judicial de CHIPS o este acuerdo, de cualquier manera podrían resultar en mi sentencia CHIPS siendo revocada y que podré hacer el resto de mi condena en la CARCEL DEL CONDADO DE CHAMPAIGN.

_____ (iniciales)

14. Cualquier ausencia no aprobada de la residencia anterior es una violación de este acuerdo y, además a mi CHIPS revocación, yo puedo ser procesado por escapar. _____(iniciales)
15. Entiendo y estoy de acuerdo en que los horarios del trabajo y cualquier cambio deben ser enviadas por fax por adelante a la CCSO a 384-1272 por la aprobación del oficial de CHIPS.
_____ (iniciales)
16. Entiendo y acepto que si no me presento en el trabajo, la escuela, consejería o el tratamiento, y regresar a la residencia anterior, cuando he terminado en el trabajo, la escuela, consejería o el tratamiento, estoy en violación de los CHIPS reglas y voy a cumplir el resto de mi condena en tiempo corrido.
17. Voy a informar a la CCSO como se indica por el representante CCSO.
_____ (iniciales)
18. Si se revoca CHIPS, yo seré devuelto al Centro Correccional del Condado de Champaign para completar el resto de mi condena. Voy a tener una audiencia disciplinaria con los derechos de apelación.
_____ (iniciales)
19. Durante mi estancia en la residencia yo nunca contestara el teléfono en el primer timbre, pero voy a contestar el teléfono en el tercer timbre, incluso si estoy enfermo o durmiendo, por lo que un representante de la CCSO puede ponerse en contacto conmigo. **La falta de contestar cuando estoy en el hogar es una violación de las reglas.** _____ (iniciales)
20. Si en algún momento me encuentro programado para estar en la residencia y, por cualquier motive, no abro la puerta y/o admitir a un representante de la CCSO en la residencia o, de la razón que sea, no contesto el teléfono cuando un representante de la CCSO intenta de ponerse en contacto conmigo por teléfono, estoy en violación de este acuerdo y mis CHIPS pueden ser revocados.
_____ (iniciales)
21. Entiendo y acepto que no tengo derecho de tener CHIPS, que se concede por el Sheriff y puede ser revocado por cualquier violación de este acuerdo. Además, entiendo y acepto que el permiso de trabajar o asistir a la escuela es solo una parte de CHIPS.
_____ (iniciales)
22. Yo comprendo y estoy de acuerdo que este documento también son las reglas de la CCSO CHIPS.
_____ (iniciales)
23. Yo entiendo y estoy de acuerdo que solo tengo una hora (60 minutos) para ir y volver del trabajo/ escuela y el hogar.
_____ (iniciales)
24. Tengo una licencia de conducir válida _____ Si _____ No

_____ (iniciales)

Si no, voy a ir y volver del trabajo/escuela utilizando los siguientes métodos o personas:

HE LEIDO ESTE DOCUMENTO CUIDOSAMENTE Y ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON TODAS LAS REGLAS.

Firma del Acusado

Fecha

TODA LAS PERSONAS EN EL HOGAR DEBEN DE ESTAR DE ACUERDO CON ESTAS CONDICIONES

CONSENTIMIENTO PARA MONITOREO ELECTRONICO DEL HOGAR

PARTICIPANTE: _____ CASO: _____

DIRECCION PARA MONITOREO:

(Escriba la dirección de la calle y ciudad)

(Escriba los nombres de los adultos)

_____, _____, _____
_____, _____, _____

LAS PERSONAS POR ENCIMA RESIDEN EN LA RESIDENCIA ANTES MENCIONADO. LA AUTORIDAD SUPERVISORA ME HA INFORMADO TANTO DE LA NATURALEZA Y LA MEDIDA DE LOS APARATOS DE VIGILANCIA ELECTRONICO APROBADO PARA SER UTILIZADO EN LA SUPERVISION DEL CUMPLIMIENTO DEL PARTICIPANTE POR ENCIMA MENCIONADA CON LAS CONDICIONES DE SU DETENCION. ENTIENDO LA NATURALEZA Y EL ALCANCE DE LOS APARATOS MONTIOREO ELECTRONICO APROBADO PARA SER UTILIZADO. YO DOY MI CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DE LA SIGIENTE MANERA:

1. DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LA INSTALACION Y EL USO DE DICHOS APARATOS DE VIGILANCIA EN LA RESIDENCIA ANTES MENCIONADA.
2. ESTOY DE ACUERDO EN PONER FIN A CUALQUIER CONVERSACION DE TELEFONO **DENTRO DE 20 SEGUNDOS** DESPUES DE ESCUCHAR EL CARACTERISTICO "CLICK" TONO SOBRE LA LINEA Y NO INICIAR NINGUNA LLAMADA HASTA **10 MINUTOS DESPUES**.
3. DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LA ENTRADA EN LA RESIDENCIA EN CUALQUIER MOMENTO, A CUALQUIER PERSONAL O AGENTE, DESIGNADO POR LA AUTORIDAD DE SUPERVISION, A FIN DE VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DEL PARTICIPANTE EN LAS CONDICIONES DE SU DETENCION.
4. ESTOY DE ACUERDO EN PERMITIR QUE EL PARTICIPANTE DA INFORMACIÓN DE LA FACTURA TELEFÓNICA A PETICIÓN DE LA AUTORIDAD SUPERVISORA, Y, ADEMÁS EN ADELANTE, POR MI FIRMA, AUTORIZO LA LIBERACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA FACTURA DE TELÉFONO DIRECTAMENTE DESDE LA COMPAÑÍA DEL TELÉFONO A CUALQUIER AGENTE DE LA AUTORIDAD DE SUPERVISIÓN.

El teléfono esta en el nombre de: _____
(escriba legible)

Su fecha de nacimiento: _____
(mes/día/año)

Número Seguro Social: _____

Numero de teléfono: _____

Compañía del teléfono: _____
(nombre completo)

(Propietario del teléfono firma esta línea)

**USTED ES RESPONSABLE PARA QUE TODOS CUMPLEN CON LAS REGLAS
ESCRITAS POR ARRIBA DEL USO DEL TELEFONO MIENTRAS ESTA EN EL
PROGRAMA DE CHIPS.**

ADJUNTAR EL HORARIO DE TRABAJO

Debe poder responder "SI" a las preguntas #1 a #5 para calificar

PREGUNTAS:

1. ¿Esta usted dispuesto a someterse a las pruebas de drogas y/o alcohol? SI NO
 2. ¿Todos que viven en el hogar dan su consentimiento para permitir que el equipo de monitoreo electrónico estará en la casa y las instrucciones sobre el funcionamiento del equipo electrónico? SI NO
 3. ¿Puede CCSO personal hablar con su empleador para verificar su empleo, obtener su horario de trabajo, y verificar si ha trabajado horas extras? SI NO
 4. ¿Tienes una entrada del teléfono estándar? SI NO
 5. ¿Esta dispuesto a dejar que el personal de Probación o la oficina de Sheriff entrar en su residencia para verificar su cumplimiento con el equipo de vigilancia electrónica ? SI NO
 6. ¿Esta usted actualmente tomando algún medicamento recetado? SI NO
En caso que si, apunta los nombres de las medicamento(s)

 7. ¿Está usted actualmente una persona que abusa de drogas o alcohol? SI NO
 8. ¿Alguna vez no se presentó en la corte? SI NO
 9. ¿Qué tipo de condenas ha tenido (de criminal y de tráfico) SI NO
-

Firma

Fecha

Escriba su nombre

