



CONDADO DE SANTA BARBARA DEPARTAMENTO DE LIBERTAD VIGILADA

415 East Cypress Avenue, Lompoc, CA 93436, Tel. (805) 882-3703
2121 So. Centerpointe Parkway, Santa Maria, CA 93455, Tel. (805) 739-8627
117 E. Carrillo Street, Santa Barbara, CA 93110, Tel. (805) 882-3703

Solicitud por Trabajo de Servicio a la Comunidad y Renuncia de Responsabilidad

SOLICITACIÓN POR INSCRIPCIÓN:

Sexo: Masculino Femenino

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de Correo: _____ Tel. (casa): () _____
Tel. (celular): () _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Nombre de Empleador(a)/Escuela: _____ Ciudad: _____ Tel.: _____

Días disponibles por el programa de trabajo: _____ Días de trabajo solamente _____ Fines de semana solamente _____

Aliste condiciones médicas y/o físicas que limitan su capacidad de trabajar: _____

¿Ha sido arrestado alguna vez por conducta que envuelve sexo, drogas, incendio, robo, violencia (incluyendo violencia doméstica)?

Si ha marcado cualquier de los arriba, describa por favor: _____

Renuncia de Responsabilidad:

He sido enviado por la Corte o mi Oficial de Libertad Vigilada para completar horas de servicio a la comunidad. Solicito participar en el Programa de Trabajo de Servicio a la Comunidad que es operado por el Departamento de Libertad Vigilada del Condado de Santa Barbara. Como un(a) participante en este programa, entiendo y consiento los siguientes:

Que no será considerado un(a) empleado(a) del Condado de Santa Barbara, el Tribunal Superior, ni de cualquier sitio de trabajo al cual me pueden enviar, y

Que ni el Condado de Santa Barbara, el Tribunal Superior, ni el sitio de trabajo no me cubrirá con ningún seguro, incluyendo accidente, médica, responsabilidad civil, indemnización obrera, incapacidad, ni ningún otro seguro.

Consiento defender, indemnizar, y considerar no responsable el Condado de Santa Barbara, el Tribunal Superior, y cualquier sitio de trabajo al cual me asignan, y sus oficiales, empleados, y agentes respectivos, de y contra cualquier y toda pérdida y responsabilidad civil, cargos, y gastos (incluyendo honorarios de abogado), y causas de cualquier carácter las cuales pueden resultar de participación en dicho programa, y

Acepto responsabilidad financiera y legal completa por cualquier daños o responsabilidades civiles que puedo incurrir o causar a otros mientras estoy un participante en el programa.

Autorizo que el Departamento de Libertad Vigilada, el Tribunal Superior, y el sitio de trabajo asignado compartan información sobre mi caso, la cual incluye, pero no se limita a, la ofensa por la cual me inscribo en el Programa de Trabajo de Servicio a la Comunidad, o si estoy en libertad vigilada, mi estado de libertad vigilada, y cualquier de mis condiciones médicas o físicas las cuales limitan mi capacidad a trabajar.

He leído y consiento la “**Renuncia de Responsabilidad**” que se expresa arriba, he repasado la información en el dorso de esta hoja, y certifico que he hecho divulgación completa en esta solicitud sobre mis limitaciones médicas/físicas, y mis antecedentes de arresto como conciermen el comportamiento que envuelve sexo, robo, drogas, incendio, y violencia. Entiendo que me pueden terminar del programa de trabajo por incumplimiento de hacer divulgación completa.

Fecha: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Padre/Madre/Tutor: _____