

**LA DIRECCIÓN DE CONDENAS CONDICIONALES
DEL CONDADO DE SANTA BARBARA
FORMULARIO MENSUAL**

AGENTE DE LA
CONDENA CONDICIONAL: _____

Regrese a:
() 117 East Carrillo Street
Santa Barbara, CA 93101
(805) 882-3700

ESTE INFORME MENSUAL ES PARA EL MES DE _____ DEL AÑO _____

NOTA: Es requerido que usted llene esta forma completamente y correctamente, incluyendo la fecha y su firma. Escriba con letra de imprenta. Esta forma es parte de su registro oficial de probación.

() 415 East Cypress Avenue
Lompoc, CA 93436-6967
(805) 737-7800

Marque aquí si su dirección o número de teléfono se han cambiado.

() 2121 S. Centerpointe
Santa Maria, CA 93455
(805) 739-8500

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
Día Mes Año

ME LLAMO: _____ TELÉFONO: (____) _____

DIRECCION DECORREO ELECTRONICO: _____ NUM. DE TEL. CELULAR: (____) _____

DOMICILIO RESIDENCIAL: _____
Número Calle Ciudad Estado Zona Postal

Tiempo en residencia actual: _____

DIRECCIÓN POSTAL: _____
Número Calle Ciudad Estado Zona Postal

VIVO CON MI(S): _____ QUIEN(ES) SE LLAMA(N) _____

TRABAJO PARA: _____
Nombre del patrón/contratante Dirección Teléfono

ME DEDICO A: _____ MI SUELDO ES: \$ _____ AL MES

MI HORARIO DE TRABAJO (DÍAS Y HORAS): _____

NO TRABAJO PORQUE: _____

OTROS INGRESOS: \$ _____ POR DESEMPLEO \$ _____ PENSIÓN \$ _____ PENSIÓN MILITAR \$ _____ MANUTENCIÓN
\$ _____ ASISTENCIA DEL GOBIERNO \$ _____ POR DISCAPACIDAD \$ _____ ASISTENCIA GENERAL \$ _____ DEMÁS INGRESOS

EL INGRESO QUE GANA MI CÓNYUGE ES \$ _____ AL MES. MANTENGO A _____ PERSONA(S).

LO ÚLTIMO QUE PAGUÉ FUERON \$ _____ EL DÍA _____ (Incluya una copia del recibo)

HOY DARE UN PAGO DE \$ _____ O MI PAGO DE \$ _____ ESTA INCLUIDO

ASISTO LA ESCUELA: _____ HORAS Y DÍAS ESCOLARES: _____

(ME HAN/NO ME HAN) ARRESTADO DESDE MI ÚLTIMO INFORME MENSUAL. COMPARECÍ

EN EL TRIBUNAL EL DÍA _____ ME INCULPARON CON _____

LA RESOLUCIÓN FUE _____

MIS VEHÍCULOS, O BIEN, LOS QUE YO USO, SON LOS SIGUIENTES:

AÑO _____ MARCA _____ NÚM. DE PLACA _____ NOMBRE MATRICULADO _____

AÑO _____ MARCA _____ NÚM. DE PLACA _____ NOMBRE MATRICULADO _____

ASISTO A: () CONSULTAS DE SALUD MENTAL () ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS
() TERAPIA () OTRAS CONSULTAS/CITAS _____

MI ASESOR/PATROCINADOR/PADRINO ES: _____

OBSERVACIONES Y NOVEDADES (auto, familia, estudios, proyectos, trabajo, problemas, etc.; **seguir en la parte de atrás si es necesario.**)

FECHA DE HOY: _____ FIRMA: _____