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

Regrese a:

☐ 117 East Carrillo Street
Santa Barbara, CA 93101
(805) 882-3700

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

☐ 2121 S. Centerpointe
Santa Maria, CA 93455
(805) 803-8500

O envíe un correo electrónico a ☐ sbprobation@co.santa-barbara.ca.us

AGENTE DE LA
CONDENA CONDICIONAL:_____

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.

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

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: _____

Pro-41-SP (Rev 09/2010)