

# ADULT OFFENDER WORK PROGRAM APPLICATION

(Applicant to get copy of signed and initialed application)

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de caso: \_\_\_\_\_

Direcciones: Correo \_\_\_\_\_

Residencia: \_\_\_\_\_

Correo electrónico (e-mail): \_\_\_\_\_

Teléfonos casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Mensaje: \_\_\_\_\_

Como se movilizara al trabajo (en el condado de Marin)? \_\_\_\_\_

Ocupación y talentos: \_\_\_\_\_ Ingreso mensual: \_\_\_\_\_

Si usted no trabaja como cubre sus gastos? \_\_\_\_\_

Recibe atención medica?  SI  No Describa: \_\_\_\_\_

Toma medicina?  SI  No Lístelas: \_\_\_\_\_

Tiene alguna limitación física que le impedirá hacer un trabajo activo durante la jornada de 8 horas?

SI  No Describa: \_\_\_\_\_

Ha participado en este programa antes?  SI  No.

Necesita registrarse como ofensor sexual?  SI  No

Si usted esta aplicando para participar en AOWP y ha sido referido desde otro condado (caso de cortesía), usted debe proveer los datos de contacto del condado que lo envía el día de la orientación.

---

## APLICO AL PROGRAMA DE TRABAJO PARA OFENSORES ADULTOS Y ENTIENDO LO SIGUIENTE

(Por favor marque sus iniciales en cada línea)

\_\_\_\_\_ \$35 costo de la aplicación y preparación de documentos para mi AOWP caso. Entiendo que este es un pago sin devolución.

\_\_\_\_\_ Entiendo que AOWP determinara el numero de días que deberé trabajar para completar my sentencia basado en la orden judicial y créditos recibidos en custodia. El costo del programa es de \$12 por cada día de AOWP trabajo, que deberá pagarse por adelantado el día de la orientación.

\_\_\_\_\_ Entiendo que debo asistir a la AOWP orientación, o no tendré libertad el día de la corte (si una emergencia previene mi asistencia a la orientación deberé llamar a la oficina de AOWP inmediatamente para obtener una nueva fecha si es posible).

\_\_\_\_\_ Entiendo que debo reportar mi condición física, heridas, enfermedades, o limitaciones que puedan afectar mi habilidad para el trabajo y deberé presentar la documentación medica requerida por el personal de AOWP.

\_\_\_\_\_ Entiendo que si no completo un día de trabajo por cualquier razon, debo llamar a la oficina de AOWP en 48 horas para dar una explicación. Soy responsable de esforzarme en contactar al personal de AOWP.

**FALSIFICACION DE ESTE FORMULARIO PUEDE RESULTAR EN EL RECHAZO DE SU APLICACIÓN.**

Certifico que la información es completa y verdadera.

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