

**DEPARTAMENTO DEL SHERIFF DEL CONDADO DE SAUK**  
**APLICACIÓN PARA EL MONITOR ELECTRÓNICO EN EL HOGAR**

FECHA \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

Primer \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ No del caso \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Hace cuánto que vive en la dirección de arriba \_\_\_\_\_

Número de Teléfono /Compañía telefónica \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Numero de teléfono celular(si es aplicable) \_\_\_\_\_

Numero de seguridad social \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Color de ojos \_\_\_\_\_ Color de pelo \_\_\_\_\_

Cicatrices/Marcas/Etc. \_\_\_\_\_

---

**Información de su empleo**

Empleador \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono \_\_\_\_\_ Tipo de trabajo efectuado \_\_\_\_\_

Nombre del Supervisor \_\_\_\_\_ No de Teléfono \_\_\_\_\_

Horario de trabajo (Los dias/las horas) \_\_\_\_\_

Hace cuánto que trabaja allí \_\_\_\_\_

¿Su localización de trabajo varía? SI/NO

¿Su supervisor trabaja con usted en su lugar de empleo? SI/NO

¿Acaso su trabajo requiere que viaje fuera del condado? SI/ NO

¿Trabaja usted por cuenta propia? SI/NO

¿Tendrá usted el medio de transporte a su trabajo que cumple con los requisitos de Huber? SI/NO

(Por ejemplo: Licencia Válida de manejar, registro del vehículo etc)

---

Explique cuál va ser su medio de transporte y cómo cumple éste con los requisitos de Huber:

---

Estado Civil (Marque uno)                      Casado /Soltero/Divorciado

¿Es dueño de su casa o la alquila?\_\_\_\_\_

Nombre a TODAS las personas que viven con usted

NOMBRE

EDAD

RELACIÓN

A.

B.

C.

D.

E.

F.

¿Está usted en libertad condicional? Si es que sí, quién es su agente\_\_\_\_\_

¿Cuándo comienza su sentencia?\_\_\_\_\_

¿Cuál es la fecha programada para salir?\_\_\_\_\_

¿Tiene algún cargo pendiente? (Haga una lista de los cargos pendientes)\_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido sentenciado por un cargo doméstico ? SI/ NO

¿Cuándo?\_\_\_\_\_ Nombre de la víctima\_\_\_\_\_

¿Ha aplicado usted para el Monitor Electrónico en el pasado? SI/ NO

Si es que sí ¿fue usted aceptado o negado el uso del monitor? \_\_\_\_\_

¿Existe alguna orden de restricción en pie contra usted en este momento o se encuentra bajo algún mandado judicial?

\_\_\_\_\_

¿Existe alguna circunstancia especial en relación a su familia que deberíamos estar al tanto?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cómo está su salud en este momento? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna discapacidad física o algún problema médico especial?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Está usted tomando medicamento(s) recetados por el doctor? \_\_\_\_\_

Si es que sí, nombre el/los medicamento(s) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Doctor \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido tratado por abuso de alcohol o drogas? \_\_\_\_\_

Dónde y razón del tratamiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene alguna cita/s regular, aparte del trabajo (por ejemplo: algún tratamiento, terapia)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Hay armas de fuego en su casa? Si es que sí, ubicación y tipo de armas. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En el espacio proveído aquí explique brevemente porqué debería ser usted elegible para este programa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Certifico que la información arriba mencionada es la verdad.

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_