DEPARTAMENTO DE LIBERTAD CONDICIONAL DEL CONDADO DE CHARLOTTE, FLORIDA
350 East Marion Avenue, Punta Gorda, FL 33950, (941) 637-2227

REPORTE MENSUAL

CAUSA No. _____ NOMBRE DE AGENTE DE LIBERTAD CONDICIONAL_____

1. NOMBRE COMPLETO_____

2. DOMICILIO_____

3. SU LUGAR DE DOMICILIO ES DIFERENTE AL QUE PRESENTO EN SU ULTIMO REPORTE.....____SI ____NO

4. NUMERO TELEFONICO_____

5. TRABAJA ____SI ____NO (si su respuesta es NO, conteste pregunta No. 10) TIEMPO COMPLETO ____ MEDIO TIEMPO____

6. LUGAR DE TRABAJO_____

7. DIRECCION DE LUGAR DE TRABAJO_____

8. NUMERO TELEFONICO DE LUGAR DE TRABAJO_____

9. CUAL FUE EL TOTAL DE SUS INGRESOS MONETARIOS EL MES PASADO .....$_____

10. RAZON POR LA CUAL NO ESTA TRABAJANDO Y CUAL ES SU FUENTE DE INGRESOS_____

_____

11. POR ALGUNA RAZON USTED SE HA ENDEUDADO .....____SI ____NO ____N/D
(Si su respuesta es SI, por favor explique la razón) _____
_____

12. HA RECIBIDO UNA LICENSIA DE CONDUCIR VALIDA .....____SI ____NO ____N/D
(Si su respuesta es SI, ya le proporciono prueba de que tiene su licencia de conducir a su agente de libertad condicional) _____
Y si todavía no, cuando le proporcionará prueba de que obtuvo su licencia de conducir _____

13. DESDE EL ULTIMO REPORTE, HA CONSUMIDO BEBIDAS ALCOHOLICAS.....____SI ____NO ____N/D
(Si su respuesta es SI, explique cuanto bebió y porque lo hizo)_____

14. YA TERMINO LAS CLASES DE PREVENCION DE CONDUCIR BAJO LOS EFECTOS.....____SI ____NO____N/D

15. YA LE DIO A SU AGENTE DE LIBERTAD CONDICIONAL EL CERTIFICADO DONDE INDICA QUE YA TERMINO LAS CLASES PARA LOS QUE CONDUCEN BAJOS LOS EFECTOS DE BEBIDAS ALCOHOLICA____SI ____NO ____N/D

16. USTED ESTA EN TRATAMIENTO/CONSEJERIA.....____SI ____NO ____N/D
(Si su respuesta es SI, por favor explique QUE CLASE DE TRATAMIENTO/CONSEJERIA, EN QUE LUGAR, Y A CUANTAS SESIONES A ATENDIDO_____

17.YA TERMINO LAS CLASES DE ANTI-ROBO .....____SI ____NO ____N/D

18. YA PAGO LA MULTA QUE LE FUE ORDENADA DE TRABAJO AL SERVICIO DE LA COMUNIDAD.....____SI ____NO ____N/D

19.CUANTAS HORAS DE TRABAJO A SERVICIO DE LA COMUNIDAD/CONDADO HA COMPLETADO_____
LUGAR _____

20.SI YA COMPLETO SUS HORAS DE TRABAJO A SERVICIO DE LA COMUNIDAD/CONDADO, YA LE ENTREGO SU TARJETA DE MARCAR A SU AGENTE DE LIBERTAD CONDICIONAL.....____SI ____NO ____N/D

21.HOY USTED VA A PAGAR EL COSTO DE SU SUPERVISION DE ESTE MES.....____SI ____NO ____N/D
(Si su respuesta es NO, por favor explique) _____

22.CUANTO ABONO ESTE MES A SUS MULTAS Y COSTAS JUDICIALES.... $_____ BALANCE $_____

23. TIENE QUE PAGAR INDEMNIZACION/RESTITUCION..... ____SI ____NO SALDO $ _____

ATRAS

24.TIENE ALGUNA PREGUNTA O PROBLEMA QUE LE GUSTARIA COMENTAR A SU AGENTE DE LIBERTAD CONDICIONAL EXPLIQUE_____

_____

_____

25.HA TENIDO CONTACTO CON ALGUN OFICIAL DEL ORDEN PUBLICO..... _____SI _____NO _____N/D
(Si su respuesta es SI, explique cuando y porque)_____

_____

_____ _____

FIRMA FECHA

Asegurese de escribir los cheques o giros postales a nombre de: CLERK OF THE CIRCUIT COURT