

COLLIN COUNTY COMMUNITY SUPERVISION & CORRECTIONS DEPARTMENT

1800 N. Graves, Suite 170 • McKinney, TX 75069 • (972) 548-4237

1800 N. Graves, Suite 210 • McKinney, TX 75069 • (972) 548-3660

P.O. Box 2829, McKinney, • TX 75070 • (972) 547-5790

900 E. Park Blvd., Suite 200 • Plano, TX 75074 • (972) 881-3030

CORREO

Hora Cita

Nombre de su Oficial _____

FOR OFFICE USE ONLY

TIME IN: _____

SU NOMBRE: _____

Domicilio: _____

Dirección Apto Ciudad Estado Código

Dirección Postal: _____

Nombre de Apartamentos: _____ Código para entrar: _____

Teléfono casa: _____ Celular: _____

Ha cambiado de dirección? Si No Con quién vive? _____

Va a pagar? Si No Cuanto? _____ Está atrasado? Si No

TRABAJO: Nombre de la compañía: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código

Tipo de trabajo: _____ Sueldo mensual o semanal: _____

Sabe su jefe sobre su probación? Si No

Si no ha trabajado, explique: _____

Como se mantiene (si no ha trabajado)? _____

Algún contacto con la policía desde la última cita? Cuando? _____ Donde? _____ Lo arrestaron? Si No

Ningún contacto con la policía, marque aquí

Ha violado alguna condición de su supervisión desde la última cita? Si No

Cerveza/Vino/Licor: Día de uso desde la última cita: _____

Cuántas veces toma? (marque uno) Diario 2-3 veces a la semana Semanalmente Cada 2 semanas Mensual Otro: _____

Otras drogas (incluye marihuana, cocaína, anfetamina, opios): Uso desde la última cita: Fecha: _____

Sustancias usadas: _____

Cuántas veces usa drogas? (marque uno) Diario 2-3 veces a la semana Semanalmente Cada 2 semanas Mensual Otro: _____

Ha ido a conserjería desde la última cita? Fecha? _____ Donde? _____ Si nó, marque aquí

Ha hecho servicio comunitario desde la última cita: Donde? _____ Cuántas horas? _____

Clases iniciadas/completadas desde la última cita? Clase: _____ Fecha inicio: _____ Fecha completada: _____

Necesita permiso para viajar? Si No Fecha: _____ A donde: _____ Motivo: _____

Información de su auto

Marca _____ Modelo _____ Color _____ Año _____

Placas del auto: _____ - #Licencia de manejar: _____ Estado: _____

Tiene su coche equipo detector de alcohol? Si No Problemas del equipo? Si No Fecha de recalibración: _____

Con mi firma abajo juro que la información que arriba he proporcionado es verdadera y correcta.

SU FIRMA: _____ FECHA: _____