

INVESTIGACIÓN SOCIAL – LIBERTAD CONDICIONAL

NOMBRE DEL/LA OFENSOR(A)	NÚMERO DE OFENSOR(A)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA COMPLETADO
--------------------------	----------------------	-------------------------	------------------

NOTA: Compartir el Número del Seguro Social es voluntario, sin embargo, el NSS es una manera de identificar al/la ofensor(a). Falla en proveer el NSS puede impedir la investigación.

Descripción de la Ofensa Actual (Incluya cómo fue arrestado(a) el/la ofensor(a) y el cargo original, si es diferente)

¿HUBO USO DE ALCOHOL O DROGAS CUANDO OCURRIÓ LA OFENSA? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿CUÁL? _____

Antecedentes (Adulto y Juvenil)

FECHA	LUGAR	OFENSA	DISPOSICIÓN

¿ALGUNA VEZ USTED ESTUBO EN LIBERTAD BAJO PRUEBA/CONDICIONAL? Sí No

¿FUE SUPERVISADO COMO JUVENIL O ADULTO? Juvenil Adulto

¿ALGUNA VEZ HA ESTADO EN UNA CÁRCEL? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

¿ALGUNA VEZ HA ESTADO EN PRISIÓN? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

¿ES USTED CIUDADANO DE ESTADOS UNIDOS? Sí No ¿LUGAR DE NACIMIENTO? _____

SI NO LO ES ¿CUÁL ES SU ESTADO EN LOS ESTADOS UNIDOS? _____

NÚMERO DE VISA	NÚMERO DE INMIGRACIÓN	PAÍS DE ORIGEN
----------------	-----------------------	----------------

AGENT'S COMMENTS (COMENTARIOS DEL/LA AGENTE) (Explicación del expediente / cliente acepta responsabilidad)

CARGOS PENDIENTES (Cualquiera, incluyendo infracciones de tráfico / municipales)

CARGOS	FECHA DE LA CORTE	CARGOS	FECHA DE LA CORTE

INFORMACIÓN FAMILIAR

MADRE (Nombre completo)	EDAD O FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE TELÉFONO
DOMICILIO		OCUPACIÓN
PADRE (Nombre completo)	EDAD O FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE TELÉFONO
DOMICILIO		OCUPACIÓN
PADRASTRO O MADRASTRA	EDAD O FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE TELÉFONO
DOMICILIO		OCUPACIÓN

ESTADO CIVIL CASADOS DIVORCIADOS - ¿CUANDO? _____ OTRO: _____

HERMANOS / HERMANAS (Incluya hermanastros y medios hermanos/hermanas)

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR	HISTORIA CRIMINAL / BAJO SUPERVISIÓN

¿QUIÉN LO CRIÓ? _____

¿ALGUNA VEZ ESTUBO EN UN ORFANATORIO O CASA DE NIÑOS O BAJO EL CUIDADO DE OTRA FAMILIA? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

¿SERVICIOS SOCIALES DIO AYUDA A SU FAMILIA? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

ASUNTOS ADICIONALES DE LA FAMILIA (Padres o cuidadores primarios)

- ¿SU FAMILIA SE MUDABA CON FRECUENCIA? Sí No
- ¿HABÍA VIOLENCIA EN SU HOGAR? Sí No
- ¿TUBO EXPERIENCIAS DE EVENTOS TRAUMATIZANTES DURANTE SU NIÑEZ? Sí No
- ¿SU FAMILIA TENÍA PROBLEMAS DE DINERO? Sí No
- ¿SU FAMILIA RECIBÍA FDC, ESTAMPILLAS DE ALIMENTOS, ETC.? Sí No
- ¿SU(S) PADRE(S)/CUIDADOR(ES) TOMABAN ALCOHOL O USABAN DROGAS? Sí No
- ¿SU(S) PADRE(S)/CUIDADOR(ES) TENÍAN ANTECEDENTES CRIMINALES? Sí No
- ¿SU(S) PADRE(S)/CUIDADOR(ES) TENIAN PROBLEMAS DE SALUD MENTAL? Sí No
- ¿SU(S) PADRE(S)/CUIDADOR(ES) TENÍAN PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA? Sí No

AGENT COMMENTS (COMENTARIOS DEL/LA AGENTE)

EDUCACIÓN

¿TERMINÓ LA SECUNDARIA/PREPARATORIA? Sí No AÑO _____ DONDE _____

¿TERMINÓ ESTUDIOS ALTERNATIVOS A LA SECUNDARIA/PREPARATORIA? Sí No AÑO _____ DONDE _____

ASISTIÓ A LA UNIVERSIDAD Sí No AÑO _____ DONDE / TÍTULO _____

SE GRADUÓ DE LA UNIVERSIDAD Sí No AÑO _____ DONDE / TÍTULO _____

ESCUELA TÉCNICA Sí No AÑO _____ DONDE / TÍTULO _____

¿HASTA QUE AÑO COMPLETÓ? _____ RAZÓN POR LA QUE DEJÓ LA ESCUELA _____

INFORMACIÓN ADICIONAL DE EDUCACIÓN

¿ALGUNA VEZ ESTUBO EN EDUCACIÓN ESPECIAL? Sí No
SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿DONDE Y CUANDO? _____

¿ALGUNA VEZ LO EXPULSARON DE LA ESCUELA? Sí No
SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿DONDE Y CUANDO? _____

¿ALGUNA VEZ LO SUSPENDIERON DE LA ESCUELA? Sí No
SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

¿QUÉ CALIFICACIONES RECIBIÓ EN LA ESCUELA? _____

¿TUBO PROBLEMAS DE CONDUCTA EN LA ESCUELA? Sí No
SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

¿TENÍA AUSENCIAS EN LA ESCUELA? Sí No
SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

¿PARTICIPABA EN ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES Sí No
SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿EN CUÁLES? _____

HAGA UNA LISTA DE SUS LOGROS _____

AGENT COMMENTS (COMENTARIOS DEL/LA AGENTE)

INFORMACIÓN DE EMPLEO

EMPLEADOR ACTUAL	FECHA DE INICIO	HORAS	SALARIO
DOMICILIO DEL EMPLEADOR		NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR	
TIPO DE TRABAJO/TÍTULO		NOMBRE DEL/LA SUPERVISOR(A)	

SU EMPLEADOR ¿SE HA ENTERADO DE SU CONDENA? Sí No

HAGA UNA LISTA DE CUALQUIER EMPLEO ADICIONAL QUE ACTUALMENTE TENGA

TRABAJOS PREVIOS

NOMBRE	LUGAR	FECHAS DE EMPLEO	TIPO DE TRABAJO	MOTIVO POR DEJAR EL TRABAJO	AGENCIA TEMPORAL
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿ALGUNA VEZ HA TENIDO PROBLEMAS CON SUS SUPERVISORES? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

¿ALGUNA VEZ HA TENIDO PROBLEMAS CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

AGENT COMMENTS (COMENTARIOS DEL/LA AGENTE)

INFORMACIÓN FINANCIERA

ACTUAL INGRESO MENSUAL A _____ ¿DECLARÓ IMPUESTOS EL AÑO PASADO? Sí No

FUENTE DE INGRESO: TRABAJO SSI SSDI DESEMPLEO PENSIÓN ARA HIJOS
COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

OTRO _____

FUENTE DE INGRESO ADICIONAL PARA EL HOGAR _____

RECIBE AYUDA GENERAL AYUDA MÉDICA ESTAMPILLAS PARA ALIMENTOS

HAGA UNA LISTA DE SUS BIENES (Vehículos, Propiedad, cuentas fiduciarias, bonos, cuentas de ahorro, dinero por una demanda, cuentas de chequeras, armas, etc.)

GASTOS MENSUALES

ALQUILER / HIPOTECA _____	PRÉSTAMOS ESCOLARES _____	CUIDADO DE NIÑOS _____
SERVICIOS (agua/electricidad) _____	RESTITUCIÓN/MULTAS _____	TARJETAS DE CRÉDITO _____
TELÉFONO _____	COMIDA _____	PENSIÓN DE HIJOS _____
CABLE/SATÉLITE _____	PRÉSTAMO (banco/carro) _____	ARTÍCULOS ALQUILADOS _____
SERVICIO DE INTERNET _____	TRANSPORTE (gas, tarifas, etc.) _____	
ADICIONALES/OTROS _____		

DEUDAS (servicios, teléfono, medico, tarjeta de crédito, pensión de hijos, préstamos, bancarrotas, asignación de salario, embargos/gravámenes)

NOMBRE DE ACREEDOR(ES)	CANTIDAD TOTAL	ESTADO (delincuente / al corriente)

AGENT COMMENTS (COMENTARIOS DEL/LA AGENTE)

ESTADO CIVIL/RELACIONES

ESTADO CIVIL ACTUAL SOLTERO CASADO DIVORCIADO SEPARADO VIUDO VIVE CON ALGUIEN

NOMBRE DEL/ESPOS(A) O PAREJA CON QUIEN VIVE _____ SU FECHA DE NACIMIENTO _____

FECHA DE MATRIMONIO/DURACIÓN DE LA RELACIÓN _____

MATRMONIOS PREVIOS/RELACIONES DE CO-HABITACIÓN

NOMBRE	FECHAS	RAZÓN POR LA SEPARACIÓN

¿ACTUALMENTE ESTÁ EN UNA RELACIÓN? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, PROVEA EL NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO _____

SU PAREJA ¿SABE DE SU OFENSA ACTUAL? Sí No

¿QUÉ OPINIÓN TIENE SOBRE LA OFENSA? _____

¿SU PAREJA CONSUME ALCOHOL Y/O DROGAS? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

¿SU PAREJA TIENE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

¿ALGUNA VEZ SU PAREJA FUE ARRESTADA? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

HIJOS

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	DOMICILIO	NOMBRE DEL OTRO(A) PADRE/MADRE

¿EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES HA TENIDO QUE INTERVENIR POR EL BIENESTAR DE SUS HIJOS? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

¿ACTUALMENTE ESTÁN INTERVINIENDO? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

NOMBRE Y TELÉFONO DEL/LA TRABAJADOR(A) SOCIAL _____

¿ALGUNA VEZ HA SIDO ARRESTADO POR VIOLENCIA DOMÉSTICA? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

¿ACTUALMENTE TIENE UNA ORDEN DE ALEJAMIENTO? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

AGENT COMMENTS (COMENTARIOS DEL/LA AGENTE)

COMPAÑEROS/SOCIOS

¿USTED PERTENECE A UNA PANDILLA? Sí No SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿A CUÁL? _____

HAGA UNA LISTA DE SUS AMISTADES MÁS CERCANAS

NOMBRE	EDAD	DOMICILIO	NÚMERO DE TELÉFONO	ANTECEDENTES CRIMINALES
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿QUÉ HACE EN SU TIEMPO LIBRE?

AGENT COMMENTS (COMENTARIOS DEL/LA AGENTE)

HISTORIA RESIDENCIAL

RESIDENCIA ACTUAL ALQUILA ES DUEÑO VIVE CON ALGUIEN VIVE CON SU(S) PADRE(S)

OTROS MIEMBROS DEL HOGAR - NOMBRE	EDAD	RELACIÓN	BAJO SUPERVISIÓN (Tipo y agente)

RESIDENCIAS PREVIAS - DOMICILIO	FECHAS	OTROS OCUPANTES

AGENT COMMENTS (COMENTARIOS DEL/LA AGENTE)

USO DE DROGAS Y ALCOHOL

CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL	EDAD CUANDO USÓ LA PRIMERA VEZ	CUANDO USÓ LA ÚLTIMA VEZ	COMENTARIOS DEL/LA AGENTE (cantidad, frecuencia, etc.)
Alcohol <input type="checkbox"/>			
Marihuana <input type="checkbox"/>			
Hashish <input type="checkbox"/>			
Cocaína <input type="checkbox"/>			
Crack <input type="checkbox"/>			
Metanfetamina/Anfetamina (crank, speed) <input type="checkbox"/>			
Alucinógeno (PCP, LSD, hongos) <input type="checkbox"/>			
Prescripción/Píldoras <input type="checkbox"/>			
Narcóticos (heroína, morfina, codeína) <input type="checkbox"/>			
Inhaladores (pintura, goma, gas, rush) <input type="checkbox"/>			

¿ACTUALMENTE TIENE UN PROBLEMA DE ALCOHOL Y/O DROGAS? Sí No

¿ALGUNA VEZ HA TENIDO UN PROBLEMA DE ALCOHOL Y/O DROGAS? Sí No

¿ALGUNOS DE SUS FAMILIARES PIENSAN QUE USTED TIENE UN PROBLEMA DE ALCOHOL Y DROGAS? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

¿ALGUNA VEZ HA SIDO REFEREDIO A TRATAMIENTO? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

¿ACTUALMENTE USTED ESTÁ INTERESADO EN TRATAMIENTO? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

TRATAMIENTO POR AODA (Incluyendo casas de intermedio, tratamiento por día, hospital (VA), etc.)

TIPO/DURACIÓN	NOMBRE DE LA FACILIDAD	LUGAR	FECHAS	COMPLETADO
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

AGENT COMMENTS (COMENTARIOS DEL/LA AGENTE)

INFORMACIÓN DE SALUD

¿ALGUNA VEZ RECIBIÓ UN DIAGNOSIS DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿CUÁNDO Y POR QUIÉN? _____

¿ACTUALMENTE ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTOS? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, HAGA UNA LISTA _____

¿ALGUNA VEZ HA TOMADO MEDICAMENTOS PARA AYUDARLO CON ANSIEDAD, DEPRESIÓN, CAMBIOS DE ÁNIMO, PROBLEMAS CON PENSAMIENTOS, ESCUCHANDO VOCES O CONTROLANDO SU COMPORTAMIENTO? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

¿TODAVÍA ESTÁ TOMANDO LOS MEDICAMENTOS? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

¿ALGUNA VEZ HA SIDO HOSPITALIZADO POR PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

¿ALGUNA VEZ TRATÓ DE SUICIDARSE? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

¿ULTIMAMENTE HA ESTADO PENSANDO EN SUICIDARSE? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

¿USTED ESTÁ VIENDO A UN DOCTOR CON REGULARIDAD POR ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA O MENTAL? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

¿TIENE UNA CONDICIÓN MÉDICA O ENFERMEDAD SERIA? (Anemia de células falciformes, TB, venéreas, hepatitis, diabetes, cáncer, etc.) Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

¿HA TENIDO CUALQUIER ENFERMEDAD /LESIÓN/HOSPITALIZACIÓN O DISCAPACIDAD FÍSICA? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

¿TIENE CONDICIONES ESPECIALES QUE SU AGENTE DEBE SABER? (convulsiones, TB, insulina, inhalador, embarazada, etc.) Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

¿ALGUNA VEZ HA SIDO VICTIMA DE ABUSO EMOCIONAL O FÍSICO? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

¿TIENE SEGURO DE SALUD? SI LA RESPUESTA ES SÍ, MARQUE DE QUE TIPO ABABJO: Sí No

PROVISTA POR EL EMPLEADOR ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS PLAN COMPRADO DEL MERCADO DE SEGUROS

BadgerCare Plus Anciano, ciego o discapacitado de Medicaid Medicare

Otro: _____

AGENT COMMENTS (COMENTARIOS DEL/LA AGENTE)

INFORMACIÓN SEXUAL

¿ES USTED VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL? Sí No SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿A QUE EDAD? _____

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿CUAL ERA SU RELACIÓN CON EL/LA PERPETRADOR(A) DEL ABUSO? _____

¿HA SIDO ARRESTADO/CONDENADO/ADJUDICADO POR UNA OFENSA SEXUAL? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿CUÁL ES EL LUGAR DE SU ARRESTO Y CUÁL ES LA EDAD DE LA VICTIMA? (haga una lista abajo)

LUGAR _____	EDAD _____	LUGAR _____	EDAD _____
LUGAR _____	EDAD _____	LUGAR _____	EDAD _____

¿USTED ESTÁ REQUERIDO DE REGISTRARSE COMO OFENSOR(A) SEXUAL? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

AGENT COMMENTS (COMENTARIOS DEL/LA AGENTE)

SERVICIO MILITAR

¿ESTÁ INSCRITO EN EL SERVICIO SELECTIVO? Sí No

SERVICIO MILITAR Sí No FECHA DE INGRESO _____ RAMA DEL SERVICIO _____

RANGO MÁS ALTO _____ TIPO Y FECHA DE BAJA _____

¿DÓDE SIRVIÓ? _____ ¿EXPERIENCIA DE COMBATE? Sí No

¿ENTRENAMIENTO ESPECIALIZADO? Sí No ¿DE QUÉ TIPO? _____

¿TIENE UN DD214? Sí No ELIGIBLE PARA BENEFICIOS DEL VA Sí No ¿RECIBE BENEFICIOS DEL VA? Yes No

OTRO

DESCRÍBASE COMO PERSONA _____

¿QUÉ LE GUSTARÍA CAMBIAR DE SU PERSONA? _____

VICTIM INFORMATION (INFORMACIÓN SOBRE LA VICTIMA)

AGENT COMMENTS (COMENTARIOS DEL/LA AGENTE)

COLLATERAL INFORMATION (OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN)

AGENT COMMENTS (COMENTARIOS DEL/LA AGENTE)