

INVESTIGACIÓN SOCIAL – LIBERTAD CONDICIONAL

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

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

Descripción de la Ofensa Actual (Incluya como fue arrestado el ofensor y el cargo original si es diferente)

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

SI RESPONDE SI, ¿CUAL? _____

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 USTED EN UNA CARCEL? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SI, EXPLIQUE _____

¿ALGUNA VEZ HA ESTADO EN PRISIÓN? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SI, EXPLIQUE _____

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

SI NO ¿CUAL ES SU ESTATUS EN LOS ESTADOS UNIDOS?

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

AGENT COMMENTS (COMENTARIOS DEL/LA AGENTE) (Explicación del Registro/cliente toma 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 DE LOS PADRES 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 SI, EXPLIQUE _____

¿SERVICIOS SOCIALES DIO AYUDA A SU FAMILIA? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SI, EXPLIQUE _____

ASUNTOS ADICIONALES DE LA FAMILIA (Padres o cuidadores primarios)

- ¿SU FAMILIA SE MUDABA CON FRECUENCIA? Sí No
- ¿HABIA 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 AFDC, ESTAMPILLAS DE ALIMENTOS, ETC? Sí No
- ¿SU(S) PADRE(S)/CUIDADOR(ES) CONSUMIAN ALCOHOL O USABAN DROGAS? Sí No
- ¿SU(S) PADRE(S)/CUIDADOR(ES) TENIAN ANTECEDENTES CRIMINALES? Sí No
- ¿SU(S) PADRE(S)/CUIDADOR(ES) TENIAN PROBLEMAS DE SALUD MENTAL? Sí No
- ¿SU(S) PADRE(S)/CUIDADOR(ES) TENIAN PROBLEMAS DE SALUD? Sí No

AGENT COMMENTS (COMENTARIOS DEL/LA AGENTE)

EDUCACIÓN

¿TERMINÓ LA SECUNDARIA? Sí No AÑO _____ DONDE _____

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

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

¿SE GRADUÓ DE LA UNIVERSIDAD? Sí No AÑO _____ DONDE / TITULO _____

ESCUELA TÉCNICA Sí No AÑO _____ DONDE / TITULO _____

¿HASTA QUE AÑO COMPLETÓ? _____ RAZON POR LA QUE DEJO 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, EXPLIQUE _____

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

¿QUÉ CALIFICACIONES RECIBIÓ EN LA SECUNDARIA? _____

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

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

¿PARTICIPABA EN ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES? Sí No
¿CUÁLES? _____
ENUMERE SUS LOGROS _____

AGENT COMMENTS (COMENTARIO DEL/LA AGENTE)

INFORMACIÓN DE EMPLEO

EMPLEADOR ACTUAL	FECHA DE COMIENZO	HORAS	SALARIO
DOMICILIO DEL EMPLEADOR		NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR	
TIPO DE TRABAJO/TÍTULO		NOMBRE DEL SUPERVISOR	

SU EMPLEADOR ¿ESTÁ ENTERADO DE SU CONDENA? Sí No

INDIQUE EL NOMBRE DE CUALQUIER OTRO LUGAR DONDE ESTÉ TRABAJANDO

TRABAJOS PREVIOS

NOMBRE	LUGAR	FECHAS DE EMPLEO	TIPO DE TRABAJO	MOTIVO POR EL QUE DEJO 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 A TENIDO PROBLEMAS CON SUS SUPERVISORES? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

¿ALGUNA VEZ A 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 _____ ¿PRESENTÓ DECLARACIÓN DE IMPUESTOS EL AÑO PASADO? Sí No

EL SALARIO QUE RECIBE ES DE: TRABAJO SSI SSDI DESEMPLEO PENSIÓN PARA NIÑOS COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

OTRO _____

FUENTE DE INGRESO ADICIONAL _____

RECIBE ASISTENCIA GENERAL ASISTENCIA MÉDICA ESTAMPILLAS DE ALIMENTOS

HAGA UNA LISTA DE SUS BIENES (Vehículos, propiedad, fondos monetarios, bonos, cuentas de ahorros, dinero recibido por una demanda, cuenta de cheques, armas de fuego, etc.)

GASTOS MENSUALES

ALQUILER / HIPOTECA _____	PRÉSTAMOS ESCOLARES _____	CUIDADO DE NIÑOS _____
SERVICIOS (agua / electricidad, etc.) _____	RESTITUCIÓN / MULTAS _____	TARJETAS DE CRÉDITO _____
TELÉFONO _____	ALIMENTOS _____	PENSIÓN DE NIÑOS _____
CABLE / SATÉLITE _____	PRÉSTAMOS (Banco / Carro) _____	PAGO A TIENDAS DE ABONO _____
SERVICIO DE INTERNET _____	TRANSPORTE (gas, tarifa, etc.) _____	
ADICIONAL / OTRO _____		

DEUDAS (Servicios públicos, teléfono, médico, tarjetas de crédito, apoyo de niños, préstamos, bancarrotas, salarios interceptados / confiscados / acreedores, etc.)

NOMBRE DE ACREEDORES	CANTIDAD TOTAL	ESTADO ACTUAL (Delincuente / Al Corriente)

AGENT COMMENTS (COMENTARIO DEL/LA AGENTE)

ESTADO CIVIL / RELACIONES

ESTADO ACTUAL SOLTERO CASADO DIVORCIADO SEPARADO VIUDO VIVO CON ALGUIEN

NOMBRE DEL/LA ESPOSO(A) O PAREJA CON QUIEN VIVE _____ FECHA DE NACIMIENTO DE EL/ELLA _____

FECHA DE MATRIMONIO / DURACIÓN DE LA RELACIÓN _____

PREVIOS MATRIMONIOS / RELACIONES DE CONVIVENCIA

NOMBRE	FECHAS	RAZÓN POR SEPARACIÓN

¿ACTUALMENTE ESTÁ EN UNA RELACIÓN? Sí No

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

¿SU PAREJA SABE DE SU OFENSA ACTUAL? Sí No

¿QUÉ OPINA SU PAREJA SOBRE ESTA OFENSA? _____

¿SU PAREJA CONSUME ALCOHOL 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 _____

¿SU PAREJA ALGUNA VEZ FUE ARRESTADO(A)?

Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

HIJOS

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

DOMICILIO

NOMBRE DEL PADRE/MADRE

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	DOMICILIO	NOMBRE DEL PADRE/MADRE

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

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

¿ACTUALMENTE ESTÁN INTERVIENIENDO?

Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

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

¿ALGUNA VEZ FUE ARRESTADO FOR VIOLENCIA DOMÉSTICA?

Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

¿ACTUALMENTE USTED TIENE UNA ORDEN DE ALEJAMIENTO?

Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

AGENT COMMENTS (COMENTARIOS DEL/LA AGENTE)

COMPAÑEROS / ASOCIADOS

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

HAGA UNA LISTA DE SUS MEJORES AMISTADES

NOMBRE

EDAD

DOMICILIO

NÚMERO DE TELÉFONO

ANTECEDENTES CRIMINALES

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 DURANTE SU TIEMPO LIBRE?

AGENT COMMENTS (COMENTARIOS DEL/LA AGENTE)

INFORMACIÓN DE RESIDENCIA

RESIDENCIA ACTUAL ALQUILA DUEÑO VIVE CON ALGUIEN VIVE CON SUS PADRE(S)

OTROS MIEMBROS DEL HOGAR
NOMBRE

EDAD

PARENTESCO

BAJO SUPERVISIÓN (Tipo y Agente)

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	BAJO SUPERVISIÓN (Tipo y Agente)

HISTORIAL DE PREVIAS RESIDENCIAS

DOMICILIO

FECHAS

OTROS OCUPANTES

DOMICILIO	FECHAS	OTROS OCUPANTES

AGENT COMMENTS (COMENTARIOS DEL/LA AGENTE)

USO DE DROGAS Y DE ALCOHOL

CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL	EDAD CUANDO USÓ POR 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"/>			
Alucinógenos (PCP, LSD, hongos) <input type="checkbox"/>			
Prescripciones / Píldoras <input type="checkbox"/>			
Narcóticos (heroína, morfina, codeína) <input type="checkbox"/>			
Inhalantes (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/O DROGAS? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

¿ALGUNA VEZ USTED FUE REFERIDO PARA TRATAMIENTO? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

¿AHORA ESTÁ USTED INTERESADO EN TRATAMIENTO? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

TRATAMIENTO DE AODA (Incluyendo casas de tratamiento, tratamiento de día, hospital (VA), etc.)

TIPO / DURACIÓN	NOMBRE DEL LUGAR	LUGAR	FECHAS	COMPLETÓ
				<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

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, ¿POR QUIEN Y DONDE? _____

¿ACTUALMENTE USTED 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 ESTOS 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 EL SUICIDIO? Sí No
SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

¿ESTÁ VIENDO REGULARMENTE A UN DOCTOR POR CUALQUIER CONDICIÓN MÉDICA O MENTAL? Sí No
SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

¿TIENE ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA O MENTAL SERIA?
(ej.: sickle cell anemia, TB, STD's, hepatitis, diabetes, cáncer, etc.) Sí No
SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

¿USTED HA TENIDO CUALQUIER ENFERMEDAD/ LESION/HOSPITALIZACION O DISCAPACIDAD MEDICA? Sí No
SI LA RESPUESTA ES SI, EXPLIQUE _____

¿HAY ALGUNA CONDICIÓN ESPECIAL LA CUAL DEBE SABER SU AGENTE?
(ej.: convulsiones, TB activa, requiere inyecciones de insulina, requiere inhalador, está esperando bebé, etc.) Sí No
SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

¿HA SIDO USTED VICTIMA DE ABUSO EMOCIONAL O FISICO? Sí No
SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

AGENT COMMENTS (COMENTARIOS DEL/LA AGENTE)

INFORMACIÓN SEXUAL

¿ES USTED VICTIMA DE ABUSO SEXUAL? Sí No ¿A QUÉ EDAD? _____
SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿CUÁL ES SU RELACIÓN CON EL/LA PERPETRADOR(A) DEL ABUSO? _____

¿ALGUNA VEZ FUE ARRESTADO / CONDENADO / ADJUDICADO POR UNA OFENSA SEXUAL? Sí No
SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿EN QUÉ LUGAR LO ARRESTARON Y QUÉ EDAD TENÍA SU VICTIMA? (indique abajo)

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

¿ESTÁ REQUERIDO DE REGISTRARSE COMO OFENSOR SEXUAL? Sí No
SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE _____

AGENT COMMENTS (COMENTARIOS DEL/LA AGENTE)

SERVICIO MILITAR

¿ESTÁ USTED REGISTRADO CON EL SERVICIO SELECTIVO? Sí No

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

RANGO MÁS ALTO _____ TIPO Y FECHA DE DESCARGA _____

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

¿ENTRENAMIENTO ESPECIALIZADO? Sí No ¿DE QUE CLASE? _____

¿TIENE UN DD214? Sí No CALIFICA PARA BENEFICIOS DE VA Sí No ¿RECIBE BENEFICIOS DE VA? Sí No

OTRO

DESCRÍBASE COMO PERSONA

¿QUÉ COSAS LE GUSTARÍA CAMBIAR DE SU PERSONA?

VICTIM INFORMATION (INFORMACIÓN DE LA VICTIMA)

AGENT COMMENTS (COMENTARIOS DEL/LA AGENTE)

COLLATERAL INFORMATION (OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN)

AGENT COMMENTS (COMENTARIOS DEL/LA AGENTE)