

HARRIS COUNTY DOMESTIC RELATIONS OFFICE
UNIDAD DE SUPERVISIÓN CONDICIONAL
HOJA DE DATOS

AVISO DEL ACTO DE LA INTIMIDAD: La revelación de su número del seguro social es requerida por la ley federal (42 USC 666). Falta de revelar esta información resultará en un archivo incompleto. La Unidad de Supervisión Condicional utilizará su número del seguro social para verificar el empleo y conseguir acceso a información criminal de historia.

INFORMACIÓN PERSONAL

Numero de Caso: _____
Nombre _____ Numero Social _____
Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____ Numero de Licencia _____ Estado _____
Raza _____ Sexo _____ Edad _____ Estatura _____ Peso _____ Color de Ojo _____
Color de Pelo _____ Cicatrices/Tatuajes _____

INFORMACIÓN DONDE PUEDA SER LOCALIZADO

Dirección de Casa _____ Renta/Dueño _____
Calle Ciudad Estado Codigo
Numero de Telefono (Casa) _____ Numero Celular _____
Numero de "Beeper" _____ Dirección Electronica de "Internet" _____
Empleador _____
Dirección _____ Su profesion _____
Calle Ciudad Estado Codigo
Numero de Telefono (Trabajo) _____ Cuanto tiene con este trabajo _____
Salario _____ Por Hora / Por Semana / Por Mes
Usted recibe otros ingresos o ayuda financiera aparte de su empleo? (Reserva financiera, Bonos, Propiedad, etc.) Si _____ No _____
Si contesto que "si" favor de dar el informe y la cantidad que recibe (si es asistencia social favor de dar el nombre del departamento o dirección) _____

INFORMACIÓN DE SU FAMILIA

Esposa (o) _____ Numero de telefono _____
Usted tiene otros hijos(as) aparte de los que estan en la lista de la orden de corte? Si _____ No _____ Si contesto que "si", favor de indicar cuantos mas tiene? _____
Usted esta bajo otra orden del sostenimiento del niño(a)? Si _____ No _____
Donde _____
Padre/Padrastra _____ Numero _____
Madre/Madrastra _____ Numero _____
Hermano/Hermana _____ Numero _____
Hermano/Hermana _____ Numero _____

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre _____ Numero de Telefono _____
Nombre _____ Numero de Telefono _____

INFORMACIÓN DE VEHÍCULO

Marca y Modelo de carro _____ Color _____ Año _____ Dueño/Comprando _____
Numero de placa _____

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES CRIMINALES

Tres Arrestos Anteriores: (Condado, Estado o Federal) incluya boletos de trafico, cheques escritos sin fondos, etc.)

Fecha	Local	Delito	Resultado

Actualmente usted esta en supervisión condicional o libertad condicional por otro caso?
Si ____ No ____ Condado/Estado _____ Ofensa _____ Oficial de Supervisión _____
Numero de telefono del Oficial _____

HISTORIA DE ALCOHOLISMO/ABUSO DE DROGAS

Cuantas veces toma alcohol? _____
Cuantas veces usa drogas? _____ Cuando fue la ultima vez que uso drogas? _____
Alguna vez a buscado tratamiento por abuso de alcohol o drogas? Si ____ No ____ Si contesto que “si” , favor de escribir cuando y donde: _____

INFORMACIÓN DE EDUCACIÓN

Nivel mas alto (grado) de Educación _____ GED _____ Cuando termino _____
Actualmente usted esta en algun programa que lo vay a guiar a recibir su diploma de la secundaria, titulo de colegio o entrenamiento para conseguir cualquier tipo de trabajo? Si ____ No ____ Si contesto que “si” describa la carrera que usted esta aspirando: _____

INFORMACIÓN MEDICA

Usted ha tenido problemas mentales o fisicamente que han sido serias? Si ____ No ____ Si contesto que “si” favor de describir: _____
Actualmente se encuentra usted herido o enfermo? Si ____ No ____ Lista _____

INFORMACIÓN MILITAR

Servicio Militar: Si ____ No ____ Si contesto que “si” favor de dar la Sección/y el Servicio _____
Termino de servicio _____
Fecha y clase cuando lo licenciaron _____

Declaración de Persona en Supervisión Condicional: Yo he preparado esta hoja de datos para someter a la oficina de “Harris County Domestic Relations”, Unidad de Supervisión Condicional. Yo he revisado con cuidado la fidelidad de este documento y entiendo que si he puesto datos falsos puede ser motivo para revocar mi supervisión condicional.

Fecha Firma de Persona en Supervisión Condicional Firma de Oficial de Supervisión Condicional