

# Awareness Group Evaluación de Inscripción – PC1000 Transfer Out

Favor de llenar este formulario tan completamente como posible.

Fecha: \_\_\_\_\_

Favor de usar el nombre en su documento del corte

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

Dirección: \_\_\_\_\_  
Número de casa Calle # Apartamento

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Zona Postal

Numero de Teléfono :( ) Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## **Es la responsabilidad del participante de notificar al programa si cambia de domicilio**

Etnicidad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Mes/Día/Año)

Estado Matrimonial: Casado Soltero Divorciado Viudo Separado

Número de Licencia: \_\_\_\_\_ Abogado (Nombre) \_\_\_\_\_

Corte: \_\_\_\_\_ Numero de caso: \_\_\_\_\_

Nombre del juez: \_\_\_\_\_

Fecha de arresto: \_\_\_\_\_ Fecha de convicción: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia notifique a: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono:( ) \_\_\_\_\_

Inscribirse Antes de: \_\_\_\_\_

Fecha de cita para probar inscripción: \_\_\_\_\_

Debe cumplir antes de: \_\_\_\_\_

Con mi firma abajo confirmo que la información arriba esta correcta y estoy consciente que es mi responsabilidad avisar al Awareness Program de cualquier cambio de domicilio o teléfono. Estoy consciente que si no cumplo con el programa PC1000 antes de la fecha para cumplir arriba es mi responsabilidad regresar a corte y pedir una extensión.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

# The Awareness Group

45926 Oasis Street  
Indio, California 92201  
760.342.1233  
Fax 760.342.5344

1445 N Sunrise Way Suite 103  
Palm Springs, California 92262  
760.322.4554  
Fax 760.325.9225

## CONSENTIMIENTO PARA DAR INFORMACION

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo al Awareness Group  
(Nombre del participante)

divulgar a la Corte remitente, la agencia remitente, mi abogado, y el DMV reportes sobre inscripción, participación, y cumplimiento del programa. En caso de que me traslade del Awareness Group, este consentimiento permite el intercambio de información con cualquier programa de tratamiento. El motivo o la necesidad para tal divulgación es para proveer a la corte y otras agencias información tocante mi progreso, despedida, o cumplimiento del programa.

En case de que me traslade, yo entiendo que es mi responsabilidad de notificar al Awareness Group de mis inscripción en el programa aprobado dentro de veinte un (21) días. El no hacerlo resultara en el regreso de mi caso a corte.

Entiendo que mis archivos están protegidos bajo Reglas Federales y Estatales confidenciales (42 CFR Part 2/45 CFR Pts. 160 & 164) y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que haya otra provisión de las reglas.

Entiendo también que puedo revocar este consentimiento a cualquier tiempo excepto las acciones ya tomadas dentro del sistema legal, por ejemplo el departamento de probación, libertad condicional, o DMV. Y que en cualquier evento, este consentimiento vence automáticamente como esta descrito abajo.

Especificación de la fecha, evento o condición con el que se vence este consentimiento:

Fin de la Libertad Condicional Puesta por la Corte

Ejecutado el \_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Firma del consejero