

Correcciones Comunitarias del Condado de Dakota

Formulario de admisión de autorización para trabajar

Teléfono: 651-438-8258, Fax: 651-438-8379

Correo electrónico: CCWKRLS@co.dakota.mn.us

Todos los formularios deben entregarse al personal de Autorización para trabajar al menos cinco días hábiles de la fecha programada de ingreso en prisión

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Total de días de cárcel ordenados: _____ Oficial de libertad condicional: _____

Fecha/hora de ingreso a la prisión: _____ Número de teléfono móvil: () _____

Transporte:

Conductor designado (o usted mismo) (Debe tener una licencia de conducir válida): _____

Teléfono: _____

N.º de licencia: _____

Año/Marca/Modelo/Color del vehículo: _____

Número de matrícula: _____

Tratamiento/Escuela (hace falta una orden judicial):

Agencia: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Teléfono: _____

Consejero/Asesor: _____

Horario del tratamiento/la clase: _____

Empleo

Nombre de la compañía: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Código postal _____

Supervisor(es): _____ Teléfono: _____

Puesto: _____ Antigüedad en el empleo: _____

Día de pago: _____ Frecuencia: _____

Ubicación del empleo (si es distinta de la dirección del empleador): _____

Horario habitual de trabajo: Días: _____ Hora: de _____ a _____

Firma del supervisor _____ Fecha _____

****ADJUNTE EL COMPROBANTE DE SU ÚLTIMO PAGO A ESTA SOLICITUD****

Correcciones Comunitarias del Condado de Dakota

Lista de verificación del programa de autorización para trabajar

- ☐ Revise el *Manual del programa de la cárcel de autorización para trabajar*. Comuníquese con el personal de Autorización para trabajar si tiene alguna pregunta sobre las políticas, procedimientos o criterios de elegibilidad del programa.
- ☐ Complete el *Formulario de admisión de autorización para trabajar* y pídale a su **empleador** que firme al final del formulario. Además, lea y firme el *Acuerdo de autorización para trabajar y el Consentimiento de las Correcciones Comunitarias del Condado de Dakota para la divulgación de la información*.
- ☐ Entregue el *Formulario de admisión de autorización para trabajar*, el *Acuerdo de autorización para trabajar y el Consentimiento de las Correcciones Comunitarias del Condado de Dakota para la divulgación de la información* junto con una copia de los comprobantes de pago por las dos semanas más recientes. **Si no entrega los papeles y documentos completados, se demorará la autorización para trabajar.**
- ☐ Cuando se presente, ingrese a la cárcel por la puerta de liberación de reclusos/de autorización para trabajar. Una vez en la recepción, oprima el botón para avisar al personal de su ingreso. No salga de la recepción.
 - Debe traer consigo al menos **\$75.00 en efectivo** (por la tarifa de reserva y la tarifa de los primeros dos días de autorización para trabajar). Debe pagar \$25.00 por cada día adicional en la cárcel. Se aceptan tarjetas de crédito con una tarifa adicional.
 - Las tarifas se cobran todas las noches antes del día siguiente. Los fondos **deben estar** en su cuenta antes de que lo liberen para trabajar.
 - El personal de la cárcel cobra y supervisa la tarifa de autorización para trabajar, NO el personal del programa de autorización para trabajar. Si cumple una condena de cárcel de otro condado tendrá costos adicionales. Comuníquese con la Administración de la cárcel al (651) 438-4800 antes de la fecha de ingreso.
- ☐ Todos los artículos de higiene personal deben comprarse en el comedor de la Cárcel del Condado de Dakota. Los reclusos con autorización para trabajar tienen permitido traer 3 mudas de ropa a la cárcel. No se le permitirá ir a su casa a buscar ropa u otros artículos.
- ☐ Será responsable de organizar su atención médica y dental mientras tenga autorización para trabajar. El personal de Autorización para trabajar debe aprobar y verificar todas las citas. Algunas citas pueden requerir un permiso del tribunal. Todos los medicamentos recetados deben entregarse al personal de la cárcel en el momento de la reserva en el envase original de la farmacia. El personal de la cárcel distribuirá los medicamentos aprobados luego de verificar que la receta sea actual.
- ☐ Llame a la Cárcel del Condado de Dakota al **651-438-4800** si tiene alguna otra pregunta relacionada con su custodia.

Si tiene alguna pregunta sobre el programa de autorización para trabajar no dude en llamar al **Personal de autorización para trabajar al 651-438-8258.**

Centro de cumplimiento de la ley del Condado de Dakota
Acuerdo de autorización para trabajar

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
(en letra de imprenta)

Comprendo que la participación en el programa de autorización para trabajar del Condado de Dakota es un privilegio autorizado por el tribunal. A fin de conservar este privilegio, acepto lo siguiente:

- 1) Mi comportamiento en la cárcel puede afectar el estado de mi autorización para trabajar. Comprendo que la Unidad de Autorización para Trabajar es una unidad de mínima seguridad y que debo mantener un estándar de comportamiento adecuado a esa unidad. El incumplimiento de dicho estándar de comportamiento puede hacer que se me coloque en la Unidad de Condenados y que pierda mis privilegios de autorización para trabajar.
- 2) Debo estar libre de drogas, incluido el cannabis para uso medicinal, y de alcohol cuando me presente al Centro de cumplimiento de la ley para comenzar mi condena con autorización para trabajar. No consumiré alcohol, medicamentos sin receta que alteren el estado de ánimo ni cannabis para uso medicinal, ni estaré bajo sus efectos mientras esté en libertad para trabajar. Me someteré a un análisis de orina o una prueba de aliento tomadas al azar según lo pida el personal del programa. Mi negativa a proporcionar la muestra o una prueba que dé positivo puede hacer que finalice mi participación en el programa de autorización para trabajar.
- 3) Me haré cargo de mi transporte (el conductor debe tener una licencia de conducir válida). Iré directamente hacia el trabajo/escuela/citas y volveré directamente según lo haya aprobado el personal de Autorización para trabajar. Acepto dar cuenta de mi paradero mientras esté fuera de la cárcel e informar cualquier cambio de ubicación según lo indique el personal de Autorización para trabajar.

Por la presente confirmo que he recibido una copia del Manual del programa de la cárcel de autorización para trabajar. Comprendo las políticas del programa de autorización para trabajar y acepto acatar sus normas y condiciones, y entiendo que, de no hacerlo, puedo enfrentar medidas disciplinarias.

Recluso Firma

Fecha

CORRECCIONES COMUNITARIAS DEL CONDADO DE DAKOTA - CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo, _____ (cliente), (Fecha de nacimiento: _____), autorizo a las Correcciones Comunitarias del Condado de Dakota (DCCC) a lo siguiente:

- ☐ Divulgar a _____
☐ Obtener de _____
☒ Divulgar, obtener e intercambiar con las siguientes personas o entidades: _____ nombre del empleador o del supervisor)

La información personal que se enumera a continuación:

- las fechas de admisión/de liberación prevista;
- el historial de asistencia y cualquier inquietud;
- el tipo de servicio (asesoramiento, tratamiento por dependencia de sustancias, etc.);
- los Informes de Progreso trimestrales;
- el resumen del alta una vez terminado; y
- el tipo de finalización (satisfactoria/no satisfactoria) para lo siguiente:
 - ☐ Registros de tratamiento y evaluación por dependencia de sustancias/abuso psicológico o doméstico
 - ☐ Antecedentes médicos
 - ☐ Información del tratamiento
 - ☐ Resumen del alta del tratamiento
 - ☒ Reportes continuos/actualizados
 - ☒ Otro: Verificación del empleo/los contratistas o la educación, estado del tratamiento y detalles pertinentes

Se necesita esta información para que las DCCC puedan supervisarme de forma eficiente y satisfactoria. Comprendo que puedo autorizar que la divulgación de todo, parte o nada de la información mencionada, pero no dar mi consentimiento puede tener un efecto negativo en el estado de mi libertad condicional. Comprendo que no tengo que firmar este consentimiento para recibir prestaciones de atención médica (tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad), excepto para los servicios de atención médica necesarios para crear cualquier evaluación o informe que se divulgue a las DCCC que sea necesario para mi estado de libertad condicional/supervisión.

Comprendo qué información personal se divulgará o se obtendrá de las personas o entidades mencionadas. Comprendo que las DCCC pueden tener registros sobre mí que reciba de otras organizaciones y que si estos registros han sido usados por las DCCC y están archivados en los registros que las DCCC mantienen sobre mí y son del tipo autorizado para divulgarse, estos registros pueden divulgarse con los registros de las DCCC.

Comprendo que mis registros están protegidos por las leyes de privacidad estatales y federales y que estos registros no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que la ley así lo autorice. Comprendo y doy mi consentimiento para que las DCCC redivulguen la información usada o divulgada en virtud de este consentimiento y comprendo que ya no estará protegida por las leyes federales de privacidad que prohíban la redivulgación. Comprendo que las DCCC no pueden impedir la redivulgación de mi información por parte de la persona/organización que recibe mis registros en virtud de este consentimiento y que la información puede no estar cubierta por las protecciones estatales y federales de privacidad después de su divulgación. Al firmar este consentimiento, libero a las DCCC de cualquier y toda responsabilidad relacionada con la redivulgación por parte del receptor.

Comprendo que puedo retirar este consentimiento por escrito en cualquier momento; sin embargo, esto no aplicará a los datos divulgados u obtenidos con anterioridad a la recepción por parte del Condado de mi aviso escrito de retiro de consentimiento a una de las direcciones enumeradas debajo. A menos que retire mi consentimiento antes, mi permiso para permitir la divulgación de mi información personal terminará un (1) año a partir de la fecha en que firmo este consentimiento o cuando finalice mi libertad condicional, si es antes.

Firma del cliente

Fecha

Firma del padre/madre/tutor si el cliente es menor de 18 o está bajo tutela legal

Fecha

Enviar a: _____

(Nombre/Cargo)

☐ **Judicial Center**

1560 Highway 55
Hastings, MN 55033
Fax: (651) 438-8340
Tel.: (651) 438-8288

☐ **Western Service Center**

14955 Galaxie Avenue
Apple Valley, MN 55124
Fax: (952) 891-7282
Tel.: (952) 891-7200

☐ **Centro de Servicios del Norte**

1 Mendota Road West, Ste 510
West St. Paul, MN 55118
Fax: (651) 554-6070
Tel.: (651) 554-6060