

# REPORTE MENSUAL DE SUPERVISION DE ADULTOS

MENDOCINO COUNTY PROBATION DEPARTMENT

589 Low Gap Road, Ukiah, California, 95482

(707) 234-6900 Fax (707) 463-5749

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Domicilio de Coreo (Si Tiene otro, como un PO BOX): \_\_\_\_\_

¿Es esta dirección diferente del último reporte?  No  Sí Explique abajo por favor

Usted es el/la:  Dueño de casa  Alquiler  Motel  Otro: \_\_\_\_\_

¿Con quién vive? \_\_\_\_\_

Ellos son su:  Parientes  Amigo  Otro \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL:  Soltero  Casado  Separado  Divorciado  Enviudado

Número de hijos: \_\_\_\_\_ Numero de gente que mantienes financieramente: \_\_\_\_\_

SU TRABAJO(S): Cuántos horas trabajo desde su último reporte con nosotros: \_\_\_\_\_

Nombre de Donde Trabajas: \_\_\_\_\_ Nombre de su patrón: \_\_\_\_\_

Dirección de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Tempo con este trabajo: \_\_\_\_\_ Salario por hora: \_\_\_\_\_

Estado de Empleo:  Tiempo completo  Tiempo parcial (Parte de tiempo)  Trabajo temporal  Desempleado  Estudiante

Usted trabaja:  Tiempo completo  Tiempo parcial  Trabajo temporal  Desempleado  Estudiante

### ESTADO ECONÓMICO:

¿Recibes ayuda financiero del estado?  No  Sí = Cuales ayudas:  General  AFDC  ATD/SSI  UIB

INGRESOS MENSUALES		GASTOS ESTE MES		ESTADO FINANCIERO:	
Pago/Salario	\$ _____	Renta	\$ _____	TOTAL INGRESOS RECIBIDO	\$ _____
Otros ingresos	\$ _____	Transporte	\$ _____	TOTAL GASTOS ESTE MES	\$ _____
_____	\$ _____	Luz/Basura/Gas	\$ _____	FONDOS A MANO	\$ _____
_____	\$ _____	Pagos de Probación	\$ _____		
_____	\$ _____	Otros _____	\$ _____		
		_____	\$ _____		

¿Tiene deudas nuevas?  No  Sí - Explique sus deudas nuevas: \_\_\_\_\_

CARRO: Año: \_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_ Placa: \_\_\_\_\_

¿Tiene póliza de seguro?  No  Sí - Compañía: \_\_\_\_\_ Licencia de conducir \_\_\_\_\_

¿Ha tenido algún contacto con la policía?  No  Sí - ¿Donde? \_\_\_\_\_

(Si ha tenido contacto con la policía explique atrás de este formulario.)

Por favor marque si usted necesita más formularios  No  Si

Antes de entregar este formulario, revíselo para asegurar que está completo. Si usted tiene más preguntas o problemas, póngase en contacto con su oficial de libertad condicional.

Fecha

\_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Firma