



**YAMHILL COUNTY DEPARTMENT OF COMMUNITY JUSTICE
INTAKE INFORMATION (HISTORIA PERSONAL)**

Date (fecha): _____

Name (Nombre completo): _____
Last (Apellido) First (Nombre) Middle (Segundo Nombre)

Other names used (Otros nombres usados): _____

Birthdate (Fecha de nacimiento): _____ English speaking: Y/N Ethnicity: Non-white White

Race (Raza): Asian Black/African American Hispanic Native American Hawaiian/PI White

Sex (Sexo): Female Male Transgender Female Transgender Male

Hair (Pelo): _____ Eyes (Ojos): _____ Height (Altura): _____ Weight (Peso): _____

Scars/Marks/Tattoos/Piercings (list location and description): _____
(cicatriz/marcas/tatuajes/perforaciones, aliste el sitio y descripción)

Social Security Number (# de Seguro Social): _____ - _____ - _____

Driver's License # (# de licencia de manejo y estado): _____ State (estado): _____

CONTACT INFORMATION (INFORMACION DE CONTACTO)

Phone #1: _____ Check if applies text only message only emergency only wi-fi

Phone #2: _____ Check if applies text only message only emergency only wi-fi

Teléfono #1: _____ comprobar si se aplica sólo texto sólo mensaje sólo emergencia wi-fi

Teléfono #2: _____ comprobar si se aplica sólo texto sólo mensaje sólo emergencia wi-fi

Email Address (correo electrónico): _____

Street Address (Dirección de residencia): _____ Apt/Lot #: _____

Mailing Address (Dirección de correspondencia – si es difiere de la de residencia): _____

City, State (Ciudad, Estado): _____

Are there any weapons in the home (type, how it is stored, who owns them)?
(¿Hay alguna arma en el hogar 'tipo, manera de guardar, quien es le dueño?')

Do you have animals in the home? No Yes If yes, list each (aliste cada uno): _____

(¿Tiene animals en el hogar) No Sí _____

With whom do you live? (¿Con quién vive?): _____

Transient or homeless? (¿transitoria?) Briefly describe your living situation (describe su situación): _____



**YAMHILL COUNTY DEPARTMENT OF COMMUNITY JUSTICE
INTAKE INFORMATION (HISTORIA PERSONAL)**

PARTNER/FAMILY (FAMILIA)

Are you? (¿Es usted?):

- Single (soltero) Married (Casado) Divorced (Divorciado/a)
 Separated (Separado) Domestic Partnership (compañero del hogar)

Name of your partner/spouse (nombre de esposo/a): _____

Phone # of partner/spouse (nombre de esposo/a): _____

How long have you been involved with your current partner? _____

(¿Cuanto tiempo a estado involucrado con su esposo/a?): _____

Is your partner on supervision? Yes No If yes, who is the PPO?: _____
 (¿Es su esposo/a bajo libertad condicional?) Yes No (¿Como se llama el oficial?): _____

Do you have children? Yes No (¿Tiene hijos?) Sí No

Child's Name (nombre de hijo)	Gender (género)	Date of birth (fecha de nacimiento)	Other parent's name (nombre de otro padre)	Lives with (con quien vive?)

Have you been ordered to pay child support for any of your children who are not living with you? Yes No
 (¿Existe una orden de la corte para apoyo para hijos quien vive en un domicilio diferente?) Sí No
 If yes, how much have you been ordered to pay for each child? _____
 (¿Cuanto paga por hijo?) _____

Are any of your children on probation with Yamhill County Juvenile DCJ or with the State of Oregon? Yes No
 (¿Su hijo(s) bajo la supervisión de Yamhill County DCJ (department juvenil) y/o el estado de Oregon?) Sí No
 If yes, what is the name of their Juvenile Counselor or Parole Officer? _____
 (¿Como se llama su oficial?) _____

Do you have a Department of Human Services Worker (DHS)? Yes No
 (Tiene un trabajador del departamento de servicios humanos – DHS)? Sí No
 If yes, what is the name of your caseworker? _____ Phone # _____
 (¿Como se llama su trabajador?) _____ Telefono _____



**YAMHILL COUNTY DEPARTMENT OF COMMUNITY JUSTICE
INTAKE INFORMATION (HISTORIA PERSONAL)**

FAMILY HISTORY (LA HISTORIA DE SU FAMILIA)

Father's name: _____ Mother's name: _____
(Nombre de Padre) (Nombre de Madre)
Address (Dirección): _____ Address (Dirección): _____
Telephone number (número de teléfono): _____ Telephone number (número de teléfono): _____
Stepfather (Padrastra): _____ Stepmother (Madrastra): _____
Telephone number (número de teléfono): _____ Telephone number (número de teléfono): _____
Brothers/sisters/other relatives (Hermanos/hermanas/otras parientes): _____

Name (Nombre)	Relationship (Relación)	Address (Dirección)	Telephone number (número de teléfono)

CRIMINAL HISTORY (HISTORIA CRIMINAL)

Describe the current conviction(s) that led you to supervision (describe su convicción):

Did this crime occur while under the influence of drugs, alcohol or prescription medications?
If yes, explain (¿Ocurrió este crimen bajo la influencia de drogas o alcohol? Explique):

Pending charges (Pendientes otras cargos) and Court location of charges (ubicación de la Corte de los cargos)?:

Were you ever arrested as a juvenile (age 18 or less)? Yes No
(¿Tiene arrestos juveniles (bajo 18 años de edad)? Sí No)

Age of 1st arrest: _____ Where arrested: _____
(Edad en la primera detención) (Donde arrestado)

While in custody, were you ever disciplined (written up, housed in segregation, charged, celled in, etc.)? Yes No
(¿Mientras que en custodia era usted disciplinó nunca?) Sí No

Please describe the situation (describe la situación) _____



**YAMHILL COUNTY DEPARTMENT OF COMMUNITY JUSTICE
INTAKE INFORMATION (HISTORIA PERSONAL)**

EMPLOYMENT (TRABAJO)

Are you currently working? Yes No ¿Está actualmente empleado? Sí No
Employer (Nombre de empleo): _____ Full time/Part time (tiempo completo o medio)
Address (Dirección): _____ How long (Cuánto tiempo): _____
Salary (Sueldo): _____ Telephone (Número de Telefono): _____
Work Schedule/Hours (Horas): _____

INCOME (INGRESOS)

Where does your income come from? (Check all that apply)
¿De dónde provienen sus ingresos? (Comprobar todos los que se aplican)

<input type="checkbox"/> No income (sin ingresos)	<input type="checkbox"/> Social Security (seguridad social)	<input type="checkbox"/> TANF (asistencia pública)
<input type="checkbox"/> Wages/salary from employment (salario)	<input type="checkbox"/> Alimony/Child Support (manutención de menores)	<input type="checkbox"/> Unemployment (desempleo)
<input type="checkbox"/> Pension (pension)	<input type="checkbox"/> Food Stamps (cupones de alimentos)	<input type="checkbox"/> Veteran's Benefits (beneficios para veteranos)
<input type="checkbox"/> Other (family, trust fund, friends, etc.) (otro: familia, fondo fiduciario, amigos)	<input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (ingresos de seguridad suplementarios)	

What is your total household income? (¿Cuál es su ingreso total en el hogar?) _____

MILITARY HISTORY (SERVICIO MILITAR)

Branch (Rama) _____ Entry date (edad entrar) _____ Disch date (la fecha de salir) _____
Disch type (tipo de descargo) _____ Disciplinary action (Medidas Disciplinarias) _____

MEDICAL HISTORY (LA HISTORIA DE MEDICA)

Do you have medical/health insurance? Yes No
(¿Tiene seguro medico?) Sí No

If yes, who is your carrier? _____
(¿Cuál es su compañía de seguros?)

List any health concerns (Aliste cualquier problema de salud):

Client ID#	Today's Date	Facility ID#	Zip Code	Administration
------------	--------------	--------------	----------	----------------

TCU Drug Screen V

During the last 12 months (before being locked up, if applicable) –

	No	Yes
1. Did you use larger amounts of drugs or use them for a longer time than you planned or intended?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Did you try to control or cut down on your drug use but were unable to do it?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Did you spend a lot of time getting drugs, using them, or recovering from their use?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Did you have a strong desire or urge to use drugs?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Did you get so high or sick from using drugs that it kept you from working, going to school, or caring for children?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Did you continue using drugs even when it led to social or interpersonal problems? ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Did you spend less time at work, school, or with friends because of your drug use?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Did you use drugs that put you or others in physical danger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Did you continue using drugs even when it was causing you physical or psychological problems?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10a. Did you need to increase the amount of a drug you were taking so that you could get the same effects as before?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10b. Did using the same amount of a drug lead to it having less of an effect as it did before?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11a. Did you get sick or have withdrawal symptoms when you quit or missed taking a drug?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11b. Did you ever keep taking a drug to relieve or avoid getting sick or having withdrawal symptoms?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Which drug caused the most serious problem during the last 12 months? [CHOOSE ONE]		
<input type="radio"/> None <input type="radio"/> Alcohol <input type="radio"/> Cannabinoids – Marijuana (weed) <input type="radio"/> Cannabinoids – Hashish (hash) <input type="radio"/> Synthetic Marijuana (K2/Spice) <input type="radio"/> Opioids – Heroin (smack) <input type="radio"/> Opioids – Opium (tar) <input type="radio"/> Stimulants – Powder Cocaine (coke) <input type="radio"/> Stimulants – Crack Cocaine (rock) <input type="radio"/> Stimulants – Amphetamines (speed)	<input type="radio"/> Stimulants – Methamphetamine (meth) <input type="radio"/> Bath Salts (Synthetic Cathinones) <input type="radio"/> Club Drugs – MDMA/GHB/Rohypnol (Ecstasy) <input type="radio"/> Dissociative Drugs – Ketamine/PCP (Special K) <input type="radio"/> Hallucinogens – LSD/Mushrooms (acid) <input type="radio"/> Inhalants – Solvents (paint thinner) <input type="radio"/> Prescription Medications – Depressants <input type="radio"/> Prescription Medications – Stimulants <input type="radio"/> Prescription Medications – Opioid Pain Relievers <input type="radio"/> Other (specify) _____	

Client ID#	Today's Date	Facility ID#	Zip Code	Administration
------------	--------------	--------------	----------	----------------

13. How often did you use each type of drug during the last 12 months?	Never	Only a few Times	1-3 Times per Month	1-5 Times per Week	Daily
a. Alcohol	<input type="radio"/>				
b. Cannaboids – Marijuana (weed).....	<input type="radio"/>				
c. Cannaboids – Hashish (hash)	<input type="radio"/>				
d. Synthetic Marijuana (K2/Spice)	<input type="radio"/>				
e. Opioids – Heroin (smack)	<input type="radio"/>				
f. Opioids – Opium (tar)	<input type="radio"/>				
g. Stimulants – Powder cocaine (coke)	<input type="radio"/>				
h. Stimulants – Crack Cocaine (rock)	<input type="radio"/>				
i. Stimulants – Amphetamines (speed)	<input type="radio"/>				
j. Stimulants – Methamphetamine (meth)	<input type="radio"/>				
k. Bath Salts (Synthetic Cathinones)	<input type="radio"/>				
l. Club Drugs – MDMA/GHB/Rohypnol (Ecstasy)	<input type="radio"/>				
m. Dissociative Drugs – Ketamine/PCP (Special K)	<input type="radio"/>				
n. Hallucinogens – LSD/Mushrooms (acid)	<input type="radio"/>				
o. Inhalants – Solvents (paint thinner)	<input type="radio"/>				
p. Prescription Medications – Depressants	<input type="radio"/>				
q. Prescription Medications – Stimulants	<input type="radio"/>				
r. Prescription Medications – Opioid Pain Relievers	<input type="radio"/>				
s. Other (specify)	<input type="radio"/>				

14. How many times before now have you ever been in a drug treatment program?
 [DO NOT INCLUDE AA/NA/CA MEETINGS]

- Never 1 time 2 times 3 times 4 or more times

15. How serious do you think your drug problems are?

- Not at all Slightly Moderately Considerably Extremely

16. During the last 12 months, how often did you inject drugs with a needle?

- Never Only a few times 1-3 times/month 1-5 times per week Daily

17. How important is it for you to get drug treatment now?

- Not at all Slightly Moderately Considerably Extremely

Client ID#	Today's Date	Facility ID#	Zip Code	Administration
------------	--------------	--------------	----------	----------------

TCU Drug Screen 5

Durante los últimos 12 meses (antes de estar encarcelado, si se aplica) –

	Sí	No
1. ¿Usó cantidades mayores de drogas o las usó por un período más largo de tiempo de lo que había planeado o previsto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Trató de disminuir el uso de drogas pero no le fue posible hacerlo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Se pasó mucho tiempo obteniendo drogas, usándolas o recuperándose de su uso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Tuvo un deseo muy fuerte o urgencia de usar drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Llegó a ponerse en un estado tan eufórico o enfermo por las drogas que no pudo trabajar, ir a la escuela u ocuparse de niños?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Continuó el uso de drogas aunque le causaron problemas sociales o interpersonales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Se pasó menos tiempo en el trabajo, en la escuela, o con amigos debido a su uso de drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Usó drogas que lo puso a usted u a otros en peligro físico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Continuó su uso de drogas hasta cuando le causaron problemas físicos o psicológicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10a. ¿Tuvo que aumentar la cantidad de una droga que estaba tomando para poder obtener los mismos efectos de antes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10b. ¿Usando la misma cantidad de una droga tuvo menos efecto que antes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11a. ¿Se enfermó o manifestó síntomas de retiro cuando dejó de usar o suspendió el uso de una droga?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11b. ¿Alguna vez siguió tomando una droga para evitar síntomas de retiro o enfermarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ¿Cuál es la droga que le ha ocasionado los problemas más graves en los últimos 12 meses? [ESCOJA UNA]		
<input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Alcohol <input type="radio"/> Cannabinoides – Marihuana (<i>weed</i>) <input type="radio"/> Cannabinoides – Hachís (<i>hash</i>) <input type="radio"/> Marihuana Sintética (<i>K2/Spice</i>) <input type="radio"/> Natural Opioides – Heroína (<i>smack</i>) <input type="radio"/> Synthetic Opioides – Fentanilo <input type="radio"/> Estimulantes – Cocaína en Polvo (<i>coke</i>) <input type="radio"/> Estimulantes – Crack Cocaína (<i>rock</i>) <input type="radio"/> Estimulantes – Anfetaminas (<i>speed</i>)	<input type="radio"/> Estimulantes – Metanfetaminas (<i>meth</i>) <input type="radio"/> Synthetic Cathinones (<i>Sales de baño</i>) <input type="radio"/> Club Drugs – MDMA/GHB/Rohypnol (<i>Ecstasy</i>) <input type="radio"/> Drogas Disociativas – Ketamine/PCP (<i>Special K</i>) <input type="radio"/> Alucinógenos/LSD /Hongos (<i>acid</i>) <input type="radio"/> Inhalantes – Disolventes (<i>paint thinner</i>) <input type="radio"/> Medicinas con Receta – Depresantes <input type="radio"/> Medicinas con Receta – Estimulantes <input type="radio"/> Medicinas con Receta – Analgésicos Opioides <input type="radio"/> Otra (especifique) _____	

Client ID#	Today's Date	Facility ID#	Zip Code	Administration
------------	--------------	--------------	----------	----------------

13. ¿CON QUÉ FRECUENCIA USÓ CADA TIPO DE DROGA DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Nunca	A Veces	1-3 Veces Al Mes	1-5 Veces por Semana	Todos Los Dias
a. Alcohol	<input type="radio"/>				
b. Cannabinoides – Marihuana (<i>weed</i>)	<input type="radio"/>				
c. Cannabinoides – Hachís (<i>hash</i>)	<input type="radio"/>				
d. Marihuana Sintética (<i>K2/Spice</i>)	<input type="radio"/>				
e. Natural Opioides – Heroína (<i>smack</i>)	<input type="radio"/>				
f. Synthetic Opioides – Fentanilo	<input type="radio"/>				
g. Estimulantes – Cocaína en Polvo (<i>coke</i>)	<input type="radio"/>				
h. Estimulantes – Crack Cocaína (<i>rock</i>)	<input type="radio"/>				
i. Estimulantes – Anfetaminas (<i>speed</i>)	<input type="radio"/>				
j. Estimulantes – Metanfetaminas (<i>meth</i>)	<input type="radio"/>				
k. Synthetic Cathinones (<i>Sales de baño</i>)	<input type="radio"/>				
l. Club Drugs – MDMA/GHB/Rohypnol (<i>Ecstasy</i>)	<input type="radio"/>				
m. Drogas Disociativas – Ketamine/PCP (<i>Special K</i>)	<input type="radio"/>				
n. Alucinógenos/LSD /Hongos (<i>acid</i>)	<input type="radio"/>				
o. Inhalantes – Disolventes (<i>paint thinner</i>)	<input type="radio"/>				
p. Medicinas con Receta – Depresantes	<input type="radio"/>				
q. Medicinas con Receta – Estimulantes	<input type="radio"/>				
r. Medicinas con Receta – Analgésicos Opioides	<input type="radio"/>				
s. Otra (especifique).....	<input type="radio"/>				

14. ¿Cuántas veces antes de ahora ha participado en un programa de tratamiento de drogas?
[No incluya reuniones de AA/ NA/ CA]
- Nunca*
 1 vez
 2 veces
 3 veces
 4 veces o más
15. ¿Qué tan serio piensa usted son sus problemas con las drogas?
- Nada en lo absoluto*
 Un poco
 Moderado
 Considerable
 Extremado
16. Durante los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia se inyectó drogas con una aguja?
- Nunca*
 Sólo unas cuantas veces
 1-3 veces al mes
 1-5 veces por semana
 A diario
17. ¿Qué tan importante le es a usted recibir tratamiento para las drogas ahora?
- Nada en lo absoluto*
 Un poco
 Moderado
 Considerable
 Extremado



**YAMHILL COUNTY DEPARTMENT OF COMMUNITY JUSTICE
INTAKE INFORMATION (HISTORIA PERSONAL)**

Have you ever experienced any of the following? Check all that apply:

(¿Alguna vez has experimentado alguno de los siguientes? Comprobar todos los que se aplican)

- Severe allergic reaction (reacción alérgica severa)
 Blackout (apagón)
 Seizure (asimiento)
 Head injury (traumatismo craneal)

Please list **ALL** current medications (medicamentos actuales):

Name (nombre):	Reason for prescription (razón por receta):	Since when (desde cuándo):

BEHAVIORAL HEALTH

Have you been diagnosed with a mental or emotional illness: Yes No
 (¿Ha sido diagnosticado con un desorden mental o emocional?): Sí No

If yes, what was/is the diagnosis? _____
 (¿Cuál era/es el diagnosis?)

Have you ever been prescribed medications for an emotional/mental illness: Yes No
 (¿Se le han recetado medicamentos para un desorden emocional/mental?) Sí No

If yes, list medications prescribed (Aliste los medicamentos recetados): _____

***Are you currently receiving any mental health services in the community? Yes No
 (¿Esta actualmente recibiendo servicios de salud mental en la comunidad?) Sí No

If yes, what agency and who is your counselor? _____
 (¿Cuál agencia y quien es su consejero?)

Have you ever been hospitalized for an emotional /mental disorder? Yes No
 (¿ Ha sido hospitalizado por un desorden emocional/mental?) Sí No

Have you ever attempted suicide? Yes No
 (¿Ha intentado suicidarse?) Sí No



**YAMHILL COUNTY DEPARTMENT OF COMMUNITY JUSTICE
INTAKE INFORMATION (HISTORIA PERSONAL)**

At this time, do you experience any of the following? (Please check the ones that apply to you)
(¿En este momento, ha experimentado cualquiera de lo siguiente? Por favor marque todos los que apliquen)

- Depression (depresión)
- Anxiety (ansiedad)
- Paranoia (paranoia)
- Panic Attacks (ataques de pánico)
- Hallucinations (seeing/hearing things others do not see/hear) (alucinaciones(ver/oír cosas que otras no ven/oyen)
- Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) (Desorden de Estres Postraumático)
- Other symptoms (otro síntomas): _____

How often do you gamble? (¿con qué frecuencia juegas?)

What is the largest amount of money you have lost gambling? _____

(¿Cuál es la mayor cantidad de dinero que ha perdido el juego?) _____

Have you ever had to lie to people important to you about how much you gambled? Yes No

(¿Alguna vez has tenido que mentirle a la gente importante acerca de cuánto apostaste?) Sí No

ADDITIONAL INFORMATION

What additional information would you like us to know that will help you during your probation/parole/PPS? (¿Qué información adicional le gustaría que nosotros sepamos que le ayudará? _____



**YAMHILL COUNTY DEPARTMENT OF COMMUNITY JUSTICE
INTAKE INFORMATION (HISTORIA PERSONAL)**

Information on this form is being given voluntarily and may be used for collection purposes (La información en este formulario es dado por voluntad y puede usarse para fines de recolección).

CLIENT SIGNATURE

OFFICER SIGNATURE

DATE

Information is completed to the best of my knowledge and reviewed with DCJ Probation staff.

CLIENT SIGNATURE

OFFICER SIGNATURE

DATE

This section for office use only

OD Checklist:

- Completed intake packet
- Conditions signed
- Review/sign definition of contact victim/minors, if applicable
- Court order
- Group intake appointment set
- Out of county- intake packet, conditions reviewed, photos, contacted receiving county, intake appt. given on Action Plan, transfer letter completed
- Out of state- RI in ICOTS
- *** Sign ROI for current mental health community involvement

OD Comments/Notes:



**YAMHILL COUNTY DEPARTMENT OF COMMUNITY JUSTICE
INTAKE INFORMATION (HISTORIA PERSONAL)**

Information on this form is being given voluntarily and may be used for collection purposes (La información en este formulario es dado por voluntad y puede usarse para fines de recolección).

CLIENT SIGNATURE

OFFICER SIGNATURE

DATE

Information is completed to the best of my knowledge and reviewed with DCJ Probation staff.

CLIENT SIGNATURE

OFFICER SIGNATURE

DATE

This section for office use only

OD Checklist:

- Completed intake packet
- Conditions signed
- Review/sign definition of contact victim/minors, if applicable
- Court order
- Group intake appointment set
- Out of county- intake packet, conditions reviewed, photos, contacted receiving county, intake appt. given on Action Plan, transfer letter completed
- Out of state- RI in ICOTS
- *** Sign ROI for current mental health community involvement

OD Comments/Notes: _____



**YAMHILL COUNTY DEPARTMENT OF COMMUNITY JUSTICE
INTAKE INFORMATION (HISTORIA PERSONAL)**

General Conditions of Supervision

- GCa** Pay fines, restitution or other fees ordered by the court.
- GCb** Submit to testing for controlled substance, cannabis or alcohol use if the probationer has a history of substance abuse or if there is a reasonable suspicion that the offender has illegally used controlled substances.
- GCc** Participate in a substance abuse evaluation as directed by the supervising officer and follow the recommendations of the evaluator if there are reasonable grounds to believe there is a history of substance abuse.
- GCd** Remain in the State of Oregon until written permission to leave is granted by the Department of Corrections or a county community corrections agency.
- GCe** Not change residence without prior permission from the Department of Corrections or a county community corrections agency and inform the parole and probation officer of any change in employment.
- GCf** Permit the parole and probation officer to visit the probationer or the probationer's work site or residence and to conduct a walk-through of the common areas and of the rooms in the residence occupied by or under the control of the probationer.
- GCg** Consent to the search of person, vehicle or premises upon the request of a representative of the supervising officer if the supervising officer has reasonable grounds to believe that evidence of a violation will be found, and submit to fingerprinting or photographing, or both, when requested by the Department of Corrections or a county community corrections agency for supervision purposes.
- GCh** Obey all laws, municipal, county, state and federal, and in circumstances in which state and federal law conflict, obey state law.
- GCi** Promptly and truthfully answer all reasonable inquiries by the Department of Corrections or a county community corrections agency.
- GCj** Not possess weapons, firearms or dangerous animals.
- GCK** Report as required and abide by the direction of the supervising officer.
- GCL** If recommended by the supervising officer, successfully complete a sex offender treatment program approved by the supervising officer and submit to polygraph examinations at the direction of the supervising officer if the probationer: (A) Is under supervision for a sex offense ORS 163.305 to 163.467; (B) Was previously convicted of a sex offense under ORS 163.305 to 163.467; or (C) Was previously convicted in another jurisdiction of an offense that would constitute a sex offense under ORS 163.305 to 163.467 if committed in this state.
- GCm** Participate in a mental health evaluation as directed by the supervising officer and follow the recommendation of the evaluator.
- GCn** If required to report as a sex offender under ORS 163A.015, report with Department of State Police, a city police department, a county sheriff's office or the or supervising agency: (A) When supervision begins; (B) Within 10 days of residence change; (C) Once each year within 10 days of the probationer's date of birth; (D) Within 10 days of the first day the person works at, carries on a vocation at or attends an institution of higher education; and (E) Within 10 days of change in work, vocation or attendance status at an institution of higher education.
- GCo** Submit to a risk and needs assessment as directed by the supervising officer and follow reasonable recommendations resulting from the assessment.

I understand and accept the Conditions of Supervision under which I have been released by the sentencing Court. I agree to abide by and conform to them and fully understand my failure to do so may result in arrest, modification of conditions, imposition of structured intermediate sanctions or revocation of probation.

Client signature

Date

Witness signature

Date



YAMHILL COUNTY DEPARTMENT OF COMMUNITY JUSTICE INTAKE INFORMATION (HISTORIA PERSONAL)

Condiciones generales de la supervisión

- GCa** Pagar las multas, la restitución u otras tarifas que ordene el tribunal.
- GCb** Realizarse pruebas de consumo de sustancias controladas, cannabis o alcohol si el adulto bajo libertad condicional tiene antecedentes de abuso de sustancias o si existen las sospechas razonables de que el delincuente ha consumido ilegalmente sustancias controladas.
- GCc** Participar en una evaluación de abuso de sustancias según lo indique el oficial supervisor y seguir las recomendaciones del evaluador si hay fundamentos necesarios para creer que hay antecedentes de abuso de sustancias.
- GCd** Permanecer en el estado de Oregon hasta que el Departamento de Servicios Penitenciarios o una agencia de servicios penitenciarios comunitaria del condado le otorgue el permiso por escrito para salir.
- GCe** No cambiar de residencia sin el permiso previo del Departamento de Servicios Penitenciarios o una agencia de servicios penitenciarios comunitaria del condado e informar al oficial de libertad condicional o libertad bajo palabra sobre los cambios de trabajo.
- GCf** Permitir que el oficial de libertad condicional o libertad bajo palabra visite al adulto bajo libertad condicional en su lugar de trabajo o residencia y que realice un recorrido de las áreas comunes y de las habitaciones de la residencia ocupadas por el adulto o bajo su control.
- GCg** Dar el consentimiento para buscar en la persona, el vehículo o las instalaciones a pedido de un representante del oficial supervisor si este tiene fundamentos razonables para creer que se encontrará evidencia de una infracción y enviar la evidencia para hacer análisis de huellas digitales o fotografías, o ambas, cuando el Departamento de Servicios Penitenciarios o una agencia de servicios penitenciarios comunitaria del condado lo solicite con fines de supervisión.
- GCh** Obedecer todas las leyes, ya sean municipales, del condado, estatales o federales, y en los casos en que la ley estatal y federal estén en conflicto, obedecer la ley estatal.
- GCi** Responder rápidamente y de manera honesta todas las consultas razonables de parte del Departamento de Servicios Penitenciarios o una agencia de servicios penitenciarios comunitaria del condado.
- GCj** No tener posesión de armas, armas de fuego o animales peligrosos.
- GCK** Reportarse cuando se lo indiquen y cumplir las instrucciones del oficial supervisor.
- GCL** Si el oficial supervisor lo recomienda, completar con éxito un programa de tratamiento por delito sexual aprobado por el oficial supervisor y someterse a exámenes de polígrafo según indicación del oficial supervisor si el adulto bajo libertad condicional: (A) Está bajo supervisión por un delito sexual conforme a ORS 163.305 a 163.467; (B) Fue procesado anteriormente por un delito sexual conforme a ORS 163.305 a 163.467; o (C) Fue procesado anteriormente en otra jurisdicción por un delito que podría constituir un delito sexual conforme a ORS 163.305 a 163.467 si se cometió en este estado.
- GCm** Participar en una evaluación de salud mental como se lo indique el oficial supervisor y seguir las recomendaciones del evaluador.
- GCn** Si es necesario denunciarlo por delito sexual conforme a ORS 163A.015, reportarlo ante el Departamento de Policía del Estado, un departamento de policía de la ciudad, una oficina del alguacil del condado o la agencia supervisora: (A) Cuando comience la supervisión; (B) Antes de los diez días del cambio de residencia; (C) Una vez por año a diez días de su fecha de nacimiento; (D) En el plazo de diez días a partir del primer día que la persona trabaje, desempeñe su vocación o asista a una institución de educación superior; (E) En el plazo de diez días a partir del cambio de trabajo, vocación o estado de asistencia en una institución de educación superior.
- GCo** Presentar una evaluación de riesgos y necesidades como se lo indique el oficial supervisor y seguir las recomendaciones razonables que surjan de la evaluación.

Entiendo y acepto las Condiciones de supervisión con las cuales me ha liberado el tribunal que dictó la sentencia. Acepto cumplir y obedecerlas y entiendo completamente que si no lo hago me pueden arrestar, modificar las condiciones, imponerme sanciones intermedias estructuradas o se puede revocar la libertad condicional.

Firma del client

Fecha

Firma del testigo

Fecha



**YAMHILL COUNTY DEPARTMENT OF COMMUNITY JUSTICE
INTAKE INFORMATION (HISTORIA PERSONAL)**

**Victim/Minor Contact/Avoidance Conditions
For those with Special Conditions prohibiting contact with victim/minor(s)**

CONTACT INCLUDES BUT IS NOT LIMITED TO:

- 1.) Communication in *any* form is considered to be contact. This includes spoken communication such as talking on the phone or leaving voice mails. It also can be written communication such as letters, notes, or greeting cards. Communication also includes social media, text messages, and e-mails.
- 2.) Being in the same area as the victim where *spoken* or *sight* communication may be established is "*proximity*" contact. Examples of this include being in the same restaurant, store, theater, stadium, house, apartment, church or synagogue. If you find yourself in proximity of the victim, you must leave the area immediately, regardless of who arrived first. Staying in the area may constitute a violation of the '*No Contact*' order.
- 3.) "*Initiating contact*" means attending events, appointments, visitation of mutual friends or various celebrations knowing that the victim may be there. This also includes contacting the victim's family in an attempt to locate the victim or gain information about the victim.
- 4.) "*Indirect contact*" is contact made by sending written or spoken messages through friends, relatives, or acquaintances. It also includes sending flowers or gifts through stores, catalogues, messengers or delivery services.
- 5.) You may not follow the victim. You may not wait outside the home, property, place of work or school of the victim or a member of the victim's family or household.
- 6.) You may not communicate with business or government entities with the intent to affect some right or interest of the victim.
- 7.) Minor – Any person, male or female, under the age of 18.
- 8.) Victim – Person(s) injured during the commission of the crime(s) for which you were convicted, or injured during any non-prosecuted or plea-bargained offenses.
- 9.) Places where minors congregate (but not limited to): Public swimming pools, libraries, zoos, festivals, parades, carnivals, amusement parks, arcades, circuses, movie theaters, malls, fun centers, bowling alleys, playgrounds, concerts, weddings, family reunions, schools, fast food restaurants – including parking lots, parks (city, county state, federal).

If the victim (and/or minors if applicable) tries to contact you it is your responsibility not to engage in the contact and to report such instances to your probation officer immediately.

To contact the victim (or minors if applicable), you must have advance **WRITTEN PERMISSION OF YOUR PROBATION OFFICER**. Only your probation officer or the court can give you this permission. Victims, counselors, domestic violence treatment providers, sex offender treatment providers or attorneys cannot give you this permission.

If a situation is unclear or if there are questions, it is your responsibility to remove yourself from the area of the victim/minors and to contact your probation Officer for clarification **BEFORE** any contact occurs.

Probationer/Parolee: _____ Date: _____

Probation Officer: _____ Date: _____



YAMHILL COUNTY DEPARTMENT OF COMMUNITY JUSTICE INTAKE INFORMATION (HISTORIA PERSONAL)

Victima/ Contacto Con Menores/Condiciones de Evitar

Para esos con condiciones especiales que prohíben el contacto con la víctima/menores

EL CONTACTO INCLUYE PERO NO SE LIMITA A:

- 1) Comunicación en cualquier forma se considera contacto. Esto incluye comunicación hablada como hablar por teléfono o dejar un mensaje en el buzón de voz. También puede ser comunicación escrita tal como cartas, notas, o tarjetas de felicitación. La comunicación también incluye medios sociales, mensajes de texto y correos electrónicos.
- 2) Estar en la misma área que la víctima donde comunicación puede ser en hablada o en vista es contacto "proximidad". Ejemplos de esto incluyen estar en el mismo restaurante, tienda, cine, estadio, casa, apartamento, iglesia o Sinagoga. Si usted se encuentra en la proximidad de la víctima usted debe irse de la área inmediatamente, sin importar quien llegó primero. Si se queda en la área puede constituir una violación del orden de "No contacto".
- 3) "Iniciar contacto" se significa asistir a eventos, citas, visitas de amigos mutuos o varias celebraciones sabiendo que la víctima puede estar allí. Esto también incluye ponerse en contacto con la familia de la víctima en intento de localizar a la víctima o obtener información de la víctima.
- 4) "Contacto Indirecto" es el contacto hecho en mandando mensajes escritos o hablando a través de amigos, parientes, o conocidos. También incluye mandando flores o regalos a través de tiendas, catálogos, mensajeros o servicios de entrega.
- 5) No debería seguir a la víctima. Usted no puede esperar fuera de la casa, la propiedad, el lugar de trabajo o la escuela de la víctima o un miembro de la familia o hogar de la víctima.
- 6) Usted no puede comunicarse con las empresas o entidades gubernamentales con la intención de afectar algún derecho o interés de la víctima.
- 7) Menor de edad- Cualquier persona, hombre o mujer, menores de 18 años.
- 8) Víctima-Persona(s) lastimada durante la comisión del delito(s) por el cual fue condenado, o lastimada durante cualquier ofensa no procesada o negociada.
- 9) Lugares donde los menores congregan (pero no se limitan a): piscinas, bibliotecas, zoológicos, festivales, desfiles, carnavales, parques de atracciones, arcadas, circos, cines, centros comerciales, centros de diversión, boleras, parques infantiles, conciertos, bodas, familia reuniones, escuelas, restaurantes de comida rápida- incluyendo estacionamientos, parques (Ciudad, estado del condado, federal).

Si la víctima (y/o menores de edad si es aplicable) trata de contactarlo/a, es su responsabilidad no involucrarse en el contacto y reportar tales instancias a su oficial de libertad condicional inmediatamente.

Para contactar la víctima (o menores de edad si es aplicable) debe tener PERMISO ADELANTADO ESCRITO DE SU OFICIAL DE LIBERTAD CONDICIONAL. Solo su oficial de libertad o la corte le puede dar permiso. Las víctimas, los consejeros, los proveedores de tratamiento de violencia doméstica, los proveedores de tratamiento de delincuentes sexuales o los abogados no pueden darle este permiso.

Si una situación no está clara o si tiene preguntas, es la responsabilidad de retirarse de la área donde la víctima/menores y contacte a su oficial de libertad para que le aclaren ANTES de que ocurra cualquier contacto.

Persona debajo de Supervisión: _____ Fecha: _____

Oficial de Probatoria : _____ Fecha: _____