



DEPARTAMENTO DEL SHERIFF DEL CONDADO DE RIVERSIDE.
PROGRAMA DE CONFINAMIENTO ELECTRONICO SUPERVISADO
(951) 922-7695

Stanley Sniff, Sheriff-Oficial Medico Forense

CONTRATO DE PROMESA

BOOKING # _____ # DE DIAS QUE DEVE _____
Numero de Archivo

TIPO DE CUSTODIA: ()PT ()FT ADMISION DE MISMO DIA:

PARA: _____
(Apeido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)
Bi-Weekly
Monthly

REPORTARSE EL: _____ A LAS: _____ CON: _____
(Fecha) (Hora) (Cantidad)

HA: Sheriff del Condado de Riverside COSTO TOTAL DEL PROGRAMA: _____

COMENTARIOS: _____

**Dinero en Efectivo, Giro Postal del Correo o Tarjeta De Credito(Visa/MasterCard)
SOLAMENTE! NO SE ACEPTAN CHEQUES PERSONALES!**

Cualquier persona que **voluntariamente** viole este contrato de promesa es culpable de un **delito menor** bajo la sección 4024.4(a) del Codigo Penal del Estado de California.

Cualquier persona que **viole cualquier** ordenancia estatal o de la ciudad, o cualquier ley estatal o federal, podria ser causa de su removimiento del Programa de Confinamiento Electronico Supervisado y se le podrian aplicar cargos adicionales.

Usted **deve** traer este contrato a la oficina del Programa de Confinamiento Electronico Supervisado en la fecha y hora mencionada arriba. Usted tambien **deve** traer su primer pago en la fecha y hora mencionada arriba.

Si usted **falla a su cita** o **llega tarde** a su hora de cita ya acordada, su cita se cancelara y **un cobro para darle otra cita sera aplicado y no se le reembolsara.**

Usted **deve** mantener un lugar residencial permanente para vivir con servicio telefonico basico y servicio de electricidad. Usted **deve** cumplir con las reglas y regularisaciones del Programa de Confinamiento Electronico Supervisado.

Si usted esta en periodo de **probación formal**, usted **deve** de notificar a su oficial de probación de que usted esta en este programa.

Firma del Participante

Coordinador de SECP

Fecha

**Programa de Confinamiento Electronico Supervisado
1627 S. Hargrave St.
Banning, Ca. 92220**