



Riverside County Sheriff's Department
Departamento del Alguaciles del Condado de Riverside

Supervised Electronic Confinement Program
Programa de Confinamiento Electronico Supervisado

S.E.C.P.

1627 S. Hargrave Street * Banning, CA 92220
 Phone: *Telefono:* 951-922-7695 * Fax: 951-922-7374

Short Form Information: *Información Personal*

NAME: _____ <i>Nombre: (Last, First Middle) (Apeido, Primer Nombre)</i>	SS#: # de Seguro Social:
	CDL/ID# _____ Exp. _____
	DOB: Fecha de Nacimiento:
	HOME PHONE # # de Telefono de Casa# ()
ADDRESS: _____ <i>Dirección: Street City State Zip</i>	CELL# # de Celular ()
	ALT# ()
LANGUAGES SPOKEN: English ___ Spanish ___ Other ___ <i>Idiomas que habla: Ingles ___ Español ___</i>	

MEDICAL CONDITIONS (circle all that apply): *Condiciones Medicas (circule todas las que apliquen)*

NONE	Alcoholic	Allergias	Diabetic	Drug Addiction	Heart Condition
Hepatitis HIV	Pregnant	Seizures	TB	VD	Other: _____
Ninguna	Alcolico	Alergias	Diabetes	Adicción a las drogas	Condición Cardiaca
Tuberculosis	VD	Otra: _____			Hepatitis Embarazo Combulcines

Do you have a medical Marijuana recommendation letter? **Yes** **No**
Tienes usted una carta de recomendación para usar Mariгуana Medica? Si No

Emergency Information: *Contacto de Emergencia*

****Emergency contact who DOES NOT live with you****
****Contacto de Emergencia QUE NO viva con usted****

NAME: _____ <i>Nombre: (Last, First Middle) (Apeido, Primer Nombre)</i>	RELATIONSHIP: <i>Relación:</i> _____
	PHONE # # de Telefono ()
	CELL# # de Celular ()
	ALT# ()
ADDRESS: _____ <i>Dirección: Street City State Zip</i>	

Employer Information: *Información de Empleo:*

Are you currently employed? YES ___ NO ___ <i>Trabaja Usted? Si ___ No ___</i>	PHONE # # de Telefono ()
EMPLOYER NAME: _____ <i>Nombre de la compañía:</i>	SUPERVISOR NAME: <i>Nombre del Supervisor</i> _____
ADDRESS: _____ <i>Dirección: Street City State Zip</i>	AWARE OF SECP? YES NO
HOURLY WAGE: <i>Pago por hora:</i> _____ Hrs worked per week: _____	HIRE DATE: <i>Fecha en que empezo a trabajar:</i> _____
JOB TITLE: <i>Ocupación:</i> _____	
OTHER INCOME OR SUPPORT (disability, retirement, investment income, alimony, child support, per capita, welfare, etc): <i>Otros tipos de ingresos (desabilidad, retiro, alimonias, inversiones, manutención de niños, welfare, ect.):</i>	

*** All Information is true and correct to the best of my knowledge: _____
 ** Toda la información es verdad y correcta a lo mejor de mis habilidades**
 (Participant's Signature) (Firma)