

오렌지 카운티 보호관찰부
감독 하의 전자 장비 사용 가택연금 신청

검은색 또는 파란색 잉크로만 인쇄하십시오. 허위 답변을 기재하는 경우 신청이 거부될 수 있습니다.

개인 정보

이름 _____ 자택 주소 _____ _____ 우편 주소 _____ (자택 전화번호와 다른 경우) _____ 출생지 _____ 민족 _____ _____ 홈터 _____ (설명하십시오) _____ 문신 _____ (설명하십시오) _____	성별 _____ 사회보장번호 _____ 캘리포니아주 운전면허증 또는 신분증 번호 _____ 자택 전화번호 _____ 휴대전화 번호 _____ 직장 전화번호 _____ _____ 생년월일 _____ 혼인 상태 _____ _____ 신장 _____ 체중 _____ _____ 눈 색상 _____ 머리카락 색상 _____ _____
--	--

사회적 정보(누구와 동거하고 있습니까?)

이름	나이	생년월일	운전면허증 번호	관계

긴급 연락처

이름 _____ 주소 _____ _____	전화번호 _____ 관계 _____ _____
이름 _____ 주소 _____	전화번호 _____ 관계 _____

신청인 이름 _____

내부 전용
A# _____

공판 상태

첫 번째 사건:	공판 사건 번호 _____	선고 기간(일) _____
	판사 _____	수감 기간에 대한 크레딧 _____
		체포 기관 _____
	범법 행위 코드/설명 _____	범법 날짜 _____
	_____	선고 날짜 _____
	_____	공동 피고 _____

두 번째 사건:	공판 사건 번호 _____	선고 기간(일) _____
(해당되는 경우)	판사 _____	수감 기간에 대한 크레딧 _____
		체포 기관 _____
	범법 행위 코드/설명 _____	범법 날짜 _____
	_____	선고 날짜 _____
	_____	공동 피고 _____

현재 수감되어 있습니까?

☐ 예	위치 _____	수감 예약 번호 _____
	_____	수감 종료 날짜 _____

☐ 아니요	모든 사건의 총 수감 기간 _____	교도소 보고 날짜 _____
	_____	시간 _____

변호인 _____	전화번호 _____
-----------	------------

이전 기록

청소년 시기를 포함하여 체포된 사건을 모두 기재하십시오. 사건 기각 여부에 관계없이 죄목, 체포된 장소, 날짜, 처분을 포함하십시오. 이 정보를 포함하지 않는 경우 신청이 거부될 수 있습니다. (필요한 경우 별도의 용지를 사용하십시오)

신청인 이름

내부 전용

A#

현재 보호관찰부 또는 가석방부의 감독을 받고 있습니까?

☐ 예
☐ 아니요

그렇다면, 어느 카운티
소속의 부서입니까?
보호관찰 담당관/가석방
담당관

전화번호

현재 범법 행위 이외의 다른 법원 조치가 취해지고 있습니까? 그렇다면, 이에 대해 설명하십시오.

고용 상태/학업

주:

직위

고용주/학교

직장/학교 주소

상사

전화번호

부:

(해당되는 경우)

직위

고용주/학교

직장/학교 주소

상사

전화번호

근무/학업 일정:

참고: 총 근무/학업 시간은 주당 60 시간을 초과할 수 없습니다.

	월요일	화요일	수요일	목요일	금요일	토요일	일요일
시작							
종료							

수입:

급여

\$

/시간

기타

\$

(유형)

\$

/월

신청인 이름 _____

내부 전용
A# _____

교통편

신청인은 가택연금 장소에서 어떻게 이동합니까?

- ☐ 신청인이 유효한 캘리포니아주 운전면허증을 소지하고 있으며 가택연금 기간 동안 차량을 운전할 예정입니다.

차량 설명 (연식, 모델, 색상, 차체 유형)	_____	차량 번호판 번호	_____
자동차 보험	_____	보험 번호	_____

- ☐ 버스: 노선 번호 _____

- ☐ 다른 사람이 교통편을 제공할 것입니다
참고: 운전자가 2명을 초과하는 경우 별도의 용지를 첨부하십시오.

운전자 이름	_____	생년월일	_____
운전자 주소	_____	운전면허증 번호	_____
	_____	전화번호	_____

차량 설명 (연식, 모델, 색상, 차체 유형)	_____	차량 번호판 번호	_____
자동차 보험	_____	보험 번호	_____

운전자 이름	_____	생년월일	_____
운전자 주소	_____	운전면허증 번호	_____
	_____	전화번호	_____

차량 설명 (연식, 모델, 색상, 차체 유형)	_____	차량 번호판 번호	_____
자동차 보험	_____	보험 번호	_____

추가 정보

당국에서 고려했으면 하는 중요한 의료 또는 건강 문제가 있습니까? 그렇다면, 이에 대해 설명하십시오.

참고: 의사의 서신 및/또는 증빙 서류를 첨부하십시오.

신청인 이름 _____

내부 전용
A# _____

고지

본인은 본 신청서에 기재한 내용이 사실이며 허위 답변으로 인해 신청이 거부될 수 있음을 확인합니다. 본인은 고용주가 본인의 범법 행위의 성격을 파악하는 것이 필요할 수 있음을 이해합니다.

서명 _____

날짜 _____

정자체 이름 _____

신청인이 아닌 다른 사람이 신청서를 작성한 경우:

작성자 _____
(정자체 이름)

관계 _____

연락 _____

전화번호 _____

서명 _____

날짜 _____