

**PROGRAMA DE LA SUPERVISION DE LA COMUNIDAD DEL CONDADO DE TRAVIS  
DIVISION DOMESTICA DE LAS RELACIONES DEL CONDADO DE TRAVIS  
1010 LAVACA  
P.O. BOX 1495  
AUSTIN, TEXAS 78767  
TELEFONO: (512) 854-9696  
FAX: (512) 854-9819**

**INFORME MENSUAL DE LA PERSONA EN LIBERTAD VIGILADA**

NUMERO DE CUENTA: \_\_\_\_\_ O NUMERO DE CUENTA DE LA OFICINA OAG \_\_\_\_\_  
(OFICINA DE MINISTRO DE GUSTICIA)

CORRERO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELEFONO CASERO: \_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ NUMERO DE SU CELLULAR: \_\_\_\_\_

DIRECCION DE CASA: \_\_\_\_\_

CONQUIEN ESTA VIVIENDO/RELACION: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE DONDE TRABAJA: \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELEFONO DE DONDE TRABAJA: \_\_\_\_\_

DIRECCION DE DONDE TRABAJA: \_\_\_\_\_

TIPO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ SU PATRON SABE QUE USTED ESTA EN LIBERTAD CONDICIONAL?CIRCULE: SI OR NO

TRABAJA DIAZ: \_\_\_ TARDES: \_\_\_ NOCHES: \_\_\_ HORAS QUE TRABAJA: \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

SI SU EMPLEO A CAMBIADO DESDE EL ULTIMO REPORTE LISTE EL NOMBRE, DIRECCION Y NUMERO DE TELEFONO \_\_\_\_\_

SALARIO DEL MES PASADO? \_\_\_\_\_ ESTAN LOS PAGOS DE LA AYUDA DE NINO DEDUCIDOS POR SU TRABAJO?  
CIRCULE: SI O NO

FECHA DEL PAGO PASADO DE LA AYUDA DE NINO QUE PAGO: \_\_\_\_\_ CUANTO;\$ \_\_\_\_\_

USTED POSEE O CONDUCE UN VEHICULO? CIRCULE SI O NO FABRICANTE: \_\_\_\_\_ MODELO: \_\_\_\_\_  
ANO: \_\_\_\_\_ COLOR: \_\_\_\_\_ PROPIETARIO: \_\_\_\_\_ NUMERO DE PLACA: \_\_\_\_\_  
ESTADO: \_\_\_\_\_ NUMERO DE LICENCIA O NUMERO DE IDENTIFICACION: \_\_\_\_\_

LO HAN ARRESTADO DESDE EL INFORME PASADO:CIRCULE: SI O NO. SI LA RESPUESTA ES SI EXPLIQUE. UTILICE  
ATRAS DE INFORME MENSUAL EN CASO DE NECESIDAD. \_\_\_\_\_

CANTIDAD DE PAGO DEL HONORARIO DE LA LIBERTAD CONDICIONAL ENVIADO CON INFORME. \_\_\_\_\_

ENUMERE CUALQUIER PREGUNTA O PROBLEMAS QUE USTED DESEA DISCUTIR CON EL OFICIAL DE LA LIBERTAD  
CONDICIONAL. UTILICE ATRAS DE INFORME MENSUAL EN CASO DE NECESIDAD. \_\_\_\_\_

SI ESTA SIN TRABAJO, POR CUANTO TIEMPO? \_\_\_\_\_ ENUMERE LAS LOCALIZACIONES Y LOS NUMEROS DE  
TELEFONO DONDE USTED HA BUSCADO EMPLEO. UTILICE ATRAS DE INFORME MENSUAL EN CASO DE NECESIDAD. \_\_\_\_\_

SI LA CORTE PEDIDA, A A TENDIO ASESORAMIENTO, ASESORAMIENTO QUIMICO DE LA DEPENDENCIA, PROGRAMAS  
EDUCATIVOS? SI ES ASI ENUMERE LAS LOCALIZACIONES Y LOS NUMEROS DE TELEFONO: UTILICE ATRAS DE INFORME  
MENSUAL EN CASO DE NECESIDAD. \_\_\_\_\_

RECONOZCO Y CERTIFICO POR ESTE MEDIO QUE HE CONTESTADO A TODAS LAS PREGUNTAS DE ARRIBA, Y QUE LA  
INFORMACION ES VERDAD Y CORRECTA.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_