

Pre Sentence Information/ House Arrest Request Form

Información Previa a la Sentencia/ Formulario de Solicitud de Arresto Domiciliario

IN ACACC/ En el ACACC
Complejo Correccional para
Adultos del Condado de Adams

Official Use Only
Sólo Para Uso Oficial

PRE-SENTENCE PRC
PRC ANTES DE LA SENTENCIA
PRC (Libertad con condiciones restrictivas)

OFFENSE/OFENSA: _____

NEXT COURT DATE/ PRÓXIMA FECHA DE AUDIENCIA JUDICIAL: _____

LOCA NEEDED BY/ LOCA SE NECESITA PARA EL: _____
(EVALUACION DE NIVEL DE ATENCIÓN)

CRIMINAL COMPLAINT ATTACHED/ DENUNCIA PENAL ANEXA.

*This application, along with a Release of Information, should be completed and provided to the Department of Probation Services (DPS) **within five business days of your Preliminary Hearing**. Applications can be obtained or dropped off at the following location: DPS, 525 Boyd's School Road, Suite 500, Gettysburg, PA 17325, or faxed to (717-334-1613). You will be contacted regarding the next steps in the application process*

*Esta solicitud, junto con la Autorización de Divulgación de Información, debe completarse y entregarse al Departamento de Servicios de Libertad Condicional (DPS) **dentro de los cinco días hábiles posteriores a su Audiencia Preliminar**. Los formularios de solicitud pueden obtenerse o entregarse en la siguiente dirección: DPS, 525 Boyd's School Road, Suite 500, Gettysburg, PA 17325, o enviarse por fax al (717-334-1613). Nos pondremos en contacto con usted para informarle sobre los siguientes pasos a seguir en el proceso de solicitud.*

DEFENDANT CONTACT INFORMATION INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL DEMANDADO

NAME / NOMBRE: _____
FIRST, MIDDLE, LAST SUFFIX (Jr., 3rd, etc.)
PRIMER NOMBRE, SEGUNDO, APELLIDO, SUFIJO (Jr., 3^o, etc.)

MAIDEN NAME/ APELLIDO DE SOLTERO (A): _____

ALIAS: _____

SOCIAL SECURITY NUMBER: _____
NUMERO DE SEGURO SOCIAL

DOB: _____
FECHA DE NACIMIENTO

AGE: _____
EDAD

COUNTY OF RESIDENCE: _____
CONDADO DE RESIDENCIA:

PHYSICAL ADDRESS: _____
DIRECCIÓN FÍSICA

MAILING ADDRESS SAME AS PHYSICAL ADDRESS

(10/2025).

LA DIRECCIÓN DE CORREO POSTAL Y LA DIRECCIÓN FÍSICA ES LA MISMA

MAILING ADDRESS: _____
DIRECCIÓN DE CORREO POSTAL

CELL PHONE: _____
NUMERO DE CELULAR
EMAIL ADDRESS: _____
CORREO ELECTRÓNICO

HOME PHONE: _____
TELEFONO FIJO

PRIMARY LANGUAGE: ENGLISH SPANISH OTHER: _____
IDIOMA PRINCIPAL INGLÉS ESPAÑOL OTRO

INTERPRETER NEEDED YES/SI NO
NECESITA INTÉRPRETE

ATTORNEY'S NAME: _____
NOMBRE DEL ABOGADO

HOUSE ARREST REQUIREMENTS:
REQUISITOS PARA EL ARRESTO DOMICILIARIO

Do you live in Adams County or Hanover? No Yes / Si
¿ Usted vive en el condado de Adams o Hanover?

If not, you would need to obtain a residence in Adams County or Hanover for any house arrest period over 20 days or in the State of Pennsylvania for any house arrest period of 20 days or less.

Si su respuesta es no, usted deberá residir en el condado de Adams o Hanover para cualquier período de arresto domiciliario superior a 20 días o deberá residir en el estado de Pensilvania para cualquier período de arresto domiciliario de 20 días o menos.

Can you obtain an acceptable residence within 30 days of sentencing to complete house arrest? No Yes / Si
¿Puede obtener una residencia aceptable dentro de los 30 días posteriores a la sentencia para completar el arresto domiciliario?

Are you currently involved with any treatment providers, and if yes, what type? No Yes /Si
¿Está usted actualmente recibiendo algún tratamiento con algún proveedor o profesional de la salud, si es así, ¿qué tipo de tratamiento?

Drug and Alcohol Mental Health Name of Provider _____
Anti -Drogas y alcohol Salud Mental Nombre del proveedor

Official Use Only:
Sólo Para Uso Oficial

SEND COMPLETED LOCA TO: ENVIAR EL LOCA DILIGENCIADO A:
LOCA (EVALUACION DE NIVEL DE ATENCION)

William Smith (wsmith@adamscountypa.gov) – Pre-Sentence PRC / PRC previo a la sentencia

Marissa Hemler (mhemler@adamscountypa.gov) – Post Sentence PRC / PRC posterior a la sentencia

YORK/ADAMS DRUG & ALCOHOL COMMISSION
COMISIÓN DE DROGAS & ALCOHOL DEL CONDADO DE YORK/ADAMS

CONSENT for RELEASE of INFORMATION
CONSENTIMIENTO al ACCESO de INFORMACIÓN

CLIENT NAME _____
NOMBRE DEL CLIENTE

TODAY'S DATE: _____
FECHA DE HOY

CLIENT D.O.B. _____
FECHA DE NACIMIENTO DEL CLIENTE

S.S.N. _____
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

(The Federal Privacy Act of 1974 requires that you be notified that disclosure of your Social Security Number is voluntary. The purpose of the request for your Social Security Number is for identity verification.

La Ley Federal de Privacidad de 1974 requiere que se le notifique que el divulgar su Número de Seguro Social es algo voluntario. El propósito de la solicitud de su Número de Seguro Social es para la comprobación de su identidad.)

I, _____, do hereby consent to and authorize
Yo, _____, por la presente doy consentimiento y autorización
York/Adams Drug and Alcohol Commission to release the following information to:
al acceso de la siguiente información a:

It has been explained to me & I understand that the information released will be restricted to the following:

Se me ha explicado y yo entiendo que la información renunciada será limitada a lo siguiente:

- **Whether I am or am not in treatment**
Si estoy o no estoy bajo tratamiento
- **My reported treatment prognosis**
El pronóstico declarado de mi tratamiento
- **The nature of the treatment Project**
Las características del proyecto de mi tratamiento
- **A brief description of my treatment progress**
Una descripción breve del progreso de mi tratamiento
- **A short statement as to whether I relapsed into drug or alcohol abuse while in treatment and the frequency of such relapse**
Una declaración breve en la que si tuve una recaída a las drogas o el alcohol durante mi tratamiento y la frecuencia de tal recaída
- **Other (specify)** _____
Otro (especifique)

Furthermore, it has been explained to me & I understand that the reason for the release of the information is solely for the purpose of:

Es más, se me ha explicado y yo entiendo que la razón por la renuncia de la información es solo para el propósito de:

- **Providing treatment status reports;**
La suministración de declaraciones del estado de mi tratamiento;
- **Coordinating treatment efforts;**
La coordinación de las obras de mi tratamiento;
- **Coordination of and status report of my identified non-treatment needs;**
La coordinación y declaración del estado de mis necesidades identificadas que no son relacionadas con mi tratamiento;
- **Coordination of funding efforts;**
La coordinación de esfuerzos de financiamiento;
- **Other (specify)** _____
Otro (especifique)

YORK/ADAMS DRUG & ALCOHOL COMMISSION
COMISIÓN DE DROGAS & ALCOHOL DEL CONDADO DE YORK/ADAMS

CONSENT for RELEASE of INFORMATION
CONSENTIMIENTO al ACCESO de INFORMACIÓN

I understand that the information being disclosed is from records in which the contents are protected by Federal and State Confidentiality Regulations: 42 CFR Part 2 and 4 Pa. Code § 255.5. Federal Regulation 42 CFR, Part 2 prohibits any further disclosure, unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by such regulations. A general authorization of the release of medical or other information is not sufficient for this purpose.

I understand that I may revoke this consent at any time by notifying (verbally or in writing) the York/Adams D&A Commission, except to the extent that action has been taken in reliance of my consent AND/OR, when applicable, if I am a client of the criminal justice system in which there has been a formal action by a Judge or documentation that the DA is putting me on ARD AND where copies of the legal order that state I must be in treatment to continue under such a disposition are in my client record, then and only then, federal regulations 42 CFR Part 2, Subpart C, 2.35, stipulate that I cannot revoke the consent to release drug & alcohol treatment information to the criminal justice system until after the court stipulated condition has been met.

Furthermore, my signature indicates that I have been offered a signed copy of this document.

Entiendo que la información que está siendo divulgada es parte de declaraciones en donde los contenidos son protegidos bajo las Normas de Confidencialidad Federales y del Estado: 42 CFR Parte 2 y 4 Código de Pa. § 255.5. La Norma Federal 42 CFR, Parte 2 prohíbe cualquier divulgación adicional, a menos que esa divulgación adicional sea permitida expresamente por medio del consentimiento escrito por la persona a quien le pertenece, o como de otra forma sea permitido por tales normas. Una autorización general de la renuncia de información medica o de otra clase no es suficiente en este propósito.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento al notificar (verbalmente o por escrito) a la Comisión de D&A del Condado de York/Adams, excepto cuando se haya tomado alguna acción que depende de mí consentimiento Y/O, cuando es aplicable, si yo soy un cliente del sistema de justicia penal en donde se haya tomado una decisión formal por un Juez o donde haya documentación que el fiscal del distrito me está poniendo bajo ARD Y donde hayan copias de la orden legal en mi registro escrito que declaren que tengo que estar bajo tratamiento para poder seguir bajo tal disposición, entonces y solo entonces, las normas federales 42 CFR Parte 2, Subparte C, 2.35, estipulan que no puedo revocar el consentimiento de renuncia de información de tratamiento del abuso de drogas & alcohol al sistema de justicia penal hasta después de que la condición estipulada por el juez se haya cumplido.

Es más, mi firma indica que se me ha ofrecido una copia firmada de este documento.

Client Signature
Firma del Cliente

Date
Fecha

Witness Signature
Firma del Testigo

Date
Fecha

Expiration Date with specific date, event, or conditions: _____

Fecha de Expiración con fecha específica, evento, o condiciones:

I accepted a copy of this document ; I declined a copy of this document

Acepté una copia de este documento

Rechacé una copia de este documento