

# Pre Sentence Information/ House Arrest Request Form

IN ACACC

Official Use Only

PRE-SENTENCE PRC

OFFENSE: \_\_\_\_\_

NEXT COURT DATE: \_\_\_\_\_ LOCA NEEDED BY: \_\_\_\_\_

CRIMINAL COMPLAINT ATTACHED

*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*

## DEFENDANT CONTACT INFORMATION

NAME: \_\_\_\_\_ MAIDEN NAME: \_\_\_\_\_  
FIRST, MIDDLE, LAST SUFFIX (Jr., 3<sup>rd</sup>, etc.)

ALIAS: \_\_\_\_\_

SOCIAL SECURITY NUMBER: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ AGE: \_\_\_\_\_

COUNTY OF RESIDENCE: \_\_\_\_\_

PHYSICAL ADDRESS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MAILING ADDRESS SAME AS PHYSICAL ADDRESS

MAILING ADDRESS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CELL PHONE: \_\_\_\_\_ HOME PHONE: \_\_\_\_\_

EMAIL ADDRESS: \_\_\_\_\_

PRIMARY LANGUAGE:  ENGLISH  SPANISH  OTHER: \_\_\_\_\_

INTERPRETER NEEDED  YES  NO

ATTORNEY'S NAME: \_\_\_\_\_

HOUSE ARREST REQUIREMENTS: Do you live in Adams County or Hanover?  No  Yes

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.

Can you obtain an acceptable residence within 30 days of sentencing to complete house arrest?  No  Yes

Are you currently involved with any treatment providers, and if yes, what type?  No  Yes

Drug and Alcohol  Mental Health Name of Provider \_\_\_\_\_

Official Use Only:

SEND COMPLETED LOCA TO:  William Smith ([wsmith@adamscountypa.gov](mailto:wsmith@adamscountypa.gov)) – Pre-Sentence PRC

Marissa Hemler ([mhemler@adamscountypa.gov](mailto:mhemler@adamscountypa.gov)) – Post Sentence PRC

**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