



DIVISIÓN DE DETENCIÓN PAQUETE DIVIDIDO

Tómese el tiempo para leer detenidamente, completar completamente y firmar todos los formularios.

Este paquete contiene información útil sobre las normas y reglamentos que debe cumplir mientras participa en el programa de fin de semana. Si tiene una cuenta vencida con la cárcel, debe pagarla antes de que se le pueda otorgar el programa de fin de semana. Esta es una instalación libre de drogas.

Si tiene alguna pregunta sobre la información de este paquete, comuníquese con el centro de detención durante el horario laboral habitual de lunes a viernes, de 8 am a 5 pm al (970) 641-1108.

CENTRO DE DETENCIÓN DEL CONDADO DE GUNNISON PROCEDIMIENTOS DE FIN DE SEMANA E INFORMACIÓN GENERAL

Las personas que han sido autorizadas por los tribunales para este programa, también deben cumplir con los siguientes criterios del centro de detención para ser elegibles para participar. Este programa es solo para circunstancias especiales. Debe ser otorgado por los tribunales y autorizado por la oficina del Sheriff.

- Sin órdenes de arresto activas.**
- Su sentencia debe ser de 4 días o más para participar en el programa de fin de semana.**
- Su sentencia debe cumplirse en no más de seis meses.**
- La sentencia debe ser hecha en no más de seis meses.**
- Cualquier lectura anormal (temperatura, presencia de lejía, pH, etc.) o una reacción positiva a sustancias ilícitas se considerará una prueba fallida. - Tiene la opción de solicitar una evaluación por un laboratorio independiente para una segunda prueba a su cargo. No se le permitirá participar en el programa hasta que los resultados de la prueba estén disponibles. Esto toma aproximadamente 1-2 semanas. La tarifa para realizar la prueba de laboratorio es de \$ 25 y debe pagarse antes de enviar la muestra.**
- Sus tiempos de presentación son 08 - Se le pedirá que realice y apruebe un análisis de orina y una prueba de aliento (cada fin de semana en el que se presente). El costo del análisis de orina es de \$20, el costo de la prueba de aliento es de \$5, el costo de su reserva es de \$30 y el costo de cada día de alojamiento es de \$30. Se agregará una tarifa dividida de \$ 5 por cada fin de semana que esté sirviendo. Estas tarifas se pagan en el momento de la reserva.**
- Su medicamento debe solicitarse a través de PDC Pharmacy Fax: 303-530-1151 Fax gratuito: 877-530-1151 Debe enviarse a 510 W. Bidwell Ave Gunnison Co 81230. Su médico debe enviar su receta electrónicamente a PDC de Roca Colorado. L-V 8 am-6:30 pm EST No se permitirán medicamentos externos en la cárcel. Complete el formulario al final y tenga su DR. Envíalo.**

española

- El tribunal será notificado si usted no se presenta a alguno de sus fines de semana y reprobó un PBT o un UA.- Si tiene una tarjeta de marihuana medicinal, necesita obtener una nueva fecha de sentencia dentro de los 40 días para asegurarse de pasar una UA.- Nadie te estará llamando para recordarte la fecha de tu reporte o ninguno de tus fines de semana.
- Este paquete debe entregarse 7 días antes de que comience su sentencia. Póngase en contacto con el departamento Reilly (970-641-1108) para programar una reunión previa.

Un análisis de orina o una prueba de aliento fallida resultará en la eliminación del programa de fin de semana y usted cumplirá con el tiempo normal. Si le han emitido una tarjeta de marihuana medicinal, necesita obtener una nueva fecha de sentencia. 40 días después, esta es una cárcel libre de drogas.

La libertad condicional y los tribunales también serán notificados de su revocación.

El personal del Centro de Detención del Condado de Gunnison quiere que su trabajo o escuela, o su experiencia de fin de semana sea exitosa. No dude en preguntar a cualquier miembro del personal sobre cualquier pregunta o inquietud que pueda tener.

Revisado Octubre de 2023

Firme que ha leído y entendido las reglas anteriores

Nombre: Apellido Primer Nombre Fecha

Recuerde que no tiene la excusa de que no sabía cuáles son las reglas para el programa de fin de semana al reconocer que ha leído las reglas y las comprende.

APLICACIÓN ASP

Fecha de entrada: _____

Fecha de sentencia _____ #días de sentencia _____ Fecha de hoy _____

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
 ÚLTIMO PRIMERO MEDIO

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____ - _____ - _____ RAZA: _____ SEXO: _____

ALTURA _____ PESO: _____

COLOR DE CABELLO: _____ COLOR DE OJOS: _____

CASO # _____

CARGO: _____ AGENCIA DE ARRESTO: _____

CONDADO: _____

DIRECCIÓN DE CASA: _____

CIUDAD: _____

ZIP ESTADO: _____

NÚMERO DE TELÉFONO FIJO: (_____) _____

NÚMERO DE CELULAR: (_____) _____

OCUPACIÓN: _____

CONDICIONES MÉDICAS: Sí [] No [] MEDICAMENTOS RECETADOS _____

COMENTARIOS: _____

Detention Deputy's Signature: _____ **Date:** _____

Instrucciones de fecha de informe de fin de semana

Pautas de fin de semana:

Si llama un acusado, revise la hora para informar de 0800 y 2000. Explique los artículos que debe traer como se enumeran a continuación.

Pregúntele al demandado, ¿tiene alguna condición médica o sigue una dieta especial?

- 1.** El acusado debe llevar la documentación del tribunal
- 2.** El acusado debe traer una identificación con foto
- 3.** El demandado debe traer la cantidad adecuada de efectivo para pagar la vivienda diaria, UA, PBT y splits. Debe pagar por cada estancia de fin de semana a su llegada.
- 4.** Su medicamento debe solicitarse a través de PDC Pharmacy Fax: 303-530-1151 Fax gratuito: 877-530-1151 Debe enviarse a 510 W. Bidwell Ave Gunnison Co 81230. Su médico debe enviar su receta electrónicamente a PDC de Roca Colorado. L-V 8 am-6:30 pm EST
- 5.** No se permitirán medicamentos externos en la cárcel. Complete el formulario al final y tenga su DR. Envíalo.
- 6.** No se traerá material de lectura a las instalaciones. Solo se pueden pedir y enviar a la cárcel libros nuevos (tapa blanda).
- 7.** Se administrará un PBT y un UA cada vez que se vuelva a ingresar al acusado en el Centro de Detención. Si el sujeto se calienta o falla un AU, será eliminado del programa y hará tiempo recto y se notificará a los tribunales.
- 8.** Si no te presentas, podrás ser eliminado del programa.

Informar al demandado que se notificará al tribunal la fecha de su informe; además, se notificará al tribunal si no se presentan en alguno de sus fines de semana. Infórmele al acusado que nadie lo llamará para recordarle la fecha de su informe o ninguno de sus fines de semana.

Mantenimiento del programa de fin de semana

(Para ser llenado por el personal de detención)

1. Si un nuevo solicitante de fin de semana reprograma o es excusado por los tribunales, realice los cambios apropiados en Mitt Log in Jail Share.
2. Mantener aplicaciones de fin de semana:
 - a) Llenar solicitud,
 - b) Obtener antecedentes penales e información de la corte estatal
3. **Fin de semana reasignado:** Cuando un recluso de fin de semana es reasignado a la población general, complete todos los documentos necesarios y entradas en la computadora, escriba una carta de "Remoción", ingrese las razones para la remoción, envíe la libertad condicional y la corte al tribunal. Envíe la carta original a la corte. Actualizar computadora.
4. **Fin de semana no regresa:** Si un recluso de fin de semana no regresa, complete todo el papeleo necesario y las entradas en la computadora, escriba una carta de "No devolución". Envíe la libertad condicional y la corte la carta. Envíe la carta original junto con mittimus a la corte. Escriba "no se pudo volver al programa de fin de semana con la fecha" en el guante con tinta roja.
5. **Ausencia de fin de semana:** si un solicitante de fin de semana no se presenta para su proceso de reserva inicial para comenzar a servir sus fines de semana, escriba una carta de "No se presenta", envíe la carta a libertad condicional y al tribunal. Escriba en el guante "No Show" con tinta roja. Envíe la carta original junto con mittimus a la corte.
6. **Denegaciones de fin de semana:** notifique al acusado sobre el estado de denegación. Envíe el motivo de la denegación a la corte y la libertad condicional. Escriba en el guante "Denegado el programa Weekender" con tinta roja y luego envíe el guante a la corte.

**Programas de Sentencias Alternativas de la Oficina del Sheriff del Condado de
Gunnison**

Trámites ASP

PROCEDIMIENTO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN

ANTES DE LA COLOCACIÓN EN UN PROGRAMA

1. _____ WR APROBADO POR EL TRIBUNAL VERIFICADO POR MITTIMUS
2. _____ ANTECEDENTES PENALES COMPLETADOS Y REVISADOS
3. _____ RECUPERAR Y REVISAR REGISTROS DEL TRIBUNAL (BASE DE DATOS DEL TRIBUNAL DEL ESTADO)
4. _____ INFORMES DE LA POLICÍA/CONDICIÓN CONDICIONAL RECIBIDOS Y REVISADOS SI CORRESPONDE
5. _____ FONDOS REQUERIDOS EN LA CUENTA DE LA CÁRCEL (\$265.00 PARA WR)

COLOCACIÓN DEL PROGRAMA

1. _____ BIENES RECOGIDOS, EMBOLSADOS Y FIRMADOS PARA
2. _____ MUESTRA DE ORINA RECOGIDA Y VERIFICADA
3. _____ PRUEBA DE ALCOHOLIZADOR REALIZADA. LECTURA _____ FECHA _____
INICIALES DEL RECLUSO _____
4. _____ TODOS LOS FORMULARIOS COMPLETADOS Y FIRMADOS
5. _____ ORIENTACIÓN COMPLETADA
6. _____ EMPLEO VERIFICADO
7. _____ PRESO INGRESO A ITI
8. _____ TARIFAS ENTRADAS EN COBRA

1. _____ AUTORIZACIÓN SALIENTE REALIZADA TANTO CCIC/NCIC COMO INTERNAMENTE
2. _____ CUENTA COBRA LIBERADA
3. _____ ARCHIVO ESCANEADO Y COLOCADO EN SGT. MARCAR

REASIGNADO DEL PROGRAMA

1. _____ PROPIEDAD INVENTARIADA, BOLSA
2. _____ PARTE DEL INCIDENTE/DICIPLINARIO REALIZADO Y COPIAS DISTRIBUIDAS
3. _____ MUESTRA DE ALIENTO U ORINA RECOGIDA
4. _____ CARTA DE REASIGNACIÓN REALIZADA, COPIA COLOCADA EN EL ARCHIVO Y ORIGINAL PARA EL TRIBUNAL
5. _____ COPIA DEL INFORME DEL INCIDENTE Y CARTA DE REASIGNACIÓN AL TRIBUNAL Y CONDICIÓN CONDICIONAL

PDC PHARMACY COLORADO INFORMACIÓN NECESARIA PARA UNA NUEVA PERSONA

Información específica individual

Agencia: _____

Nombre completo del residente: _____

Dirección del individuo: _____

Número de teléfono: _____

Sexo: Masculino ____ Femenino ____ Fecha de nacimiento: _____

Número de seguro social: _____

Información del médico de atención primaria:

Nombre y apellido: _____

DIRECCIÓN: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Diagnóstico: _____

Información sobre alergias: _____

Información de dieta: _____

La agencia es representante del beneficiario (garante): Sí ____ No ____

En caso negativo, proporcione el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona responsable:

Nombre y apellido: _____

DIRECCIÓN: _____

Teléfono: _____

¿El residente asiste a un programa diurno? Sí No ____

En caso afirmativo, seleccione los días de la semana que asistió e ingrese los horarios de asistencia:

☐ Lunes (__ - __) ☐ Martes (__ - __) ☐ Miércoles (__ - __) ☐ Jueves (__ - __) ☐ Viernes (__ - __)

- • Tenga en cuenta cualquier creencia religiosa o trasfondo cultural que afecte el estilo de vida del paciente y/o su visión de la atención médica y que PDC Pharmacy deberá considerar al brindar atención.

Adjunte copias de todas las tarjetas de seguro (incluya la tarjeta de Medicare si corresponde)

Incluya una copia del MAR actual del individuo.

Según la Regla 23.00.60 de la Junta de Farmacia del Estado de Colorado, PDC Pharmacy debe notificar que informamos la información de prescripción obligatoria al Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados (PDMP) para pacientes que reciben sustancias controladas. Esta información de prescripción puede ser consultada por personas específicas para un número limitado de propósitos autorizados por ley. Rev. 7.11.18

Revisado Octubre 2023

lengua

española

**Comentarios, Preguntas, Inquietudes:
en Inglés**