



Grupo:	
Día y Hora:	
Fecha de Inicio:	

Fecha ____ / ____ / ____

Apellidos _____ Nombre _____

Si tiene uno- liste su número CR _____ y su PID _____

<input type="checkbox"/> Programa del Delito Menor	<input type="checkbox"/> Carta del Abogado del Condado de Napa Diversión Antes de Cargos Puestos por la ley
<input type="checkbox"/> Programa de la Probación	<input type="checkbox"/> Otra Agencia _____
Nombre de la persona que lo mando (o OP): _____ ¿Numero de Teléfono?: (____) _____ - _____	

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____	Usted es?: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina
¿Cuál es su grupo étnico? <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano	
<input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Otro: _____	

¿Cuál es su dirección postal? _____
¿Ciudad?: _____ ¿Estado?: _____ ¿C. Postal?: _____
¿Teléfono de casa? (____) _____ - _____ Teléfono de trabajo? (____) _____ - _____
¿Teléfono de celular? (____) _____ - _____

En sus propias palabras, explique la razón por la cual usted fue mandado aquí o que circunstancias le trajo aquí:

¿Tiene usted alguna necesidad especial de que nos debemos dar cuenta (por ejemplo si usted no puede oír muy bien)? _____

Nombre	Relación	Cuántos años	Sexo: M o F

¿A quién debemos llamar en una emergencia?

Nombre	Relación	Teléfono

PROGRAMA DE PADRES

Programa de 52 semanas para los padres CONTRATO

Teléfono #: (707) 226-1248

Fax #: (707) 226-8011

Esto es un compromiso entre los facilitadores de las clases y usted. Ofrecemos nuestro tiempo y habilidades en intercambio por ciertos compromisos de su parte. Le pedimos que usted lea, considere, e indique su acuerdo firmando abajo.

CONFIDENCIALIDAD:

Como proveedores de servicios los facilitadores de Alternatives divulgarán la siguiente información a las autoridades o agencias apropiadas:

Admisión del Cliente de:

1. Abuso de Niños
2. Abuso de Ancianos
3. Amenazas de Violencia Física o Suicidio
4. Uso o Venta de Drogas en el programa

Entiendo que tengo prohibido divulgar información, con respecto a otros participantes, que he obtenido durante la participación en este programa.

ASISTENCIA:

Usted tiene que llegar puntualmente a las clases. Cada clase dura dos horas. No se permitirá la entrada en la clase si llega más de Quince minutos tarde y recibirá una ausencia sin excusa. **Usted será expulsado de la clase si usted tiene más de 3 ausencias sin excusas o más de 3 ausencias excusadas.** Para volver a entrar en el programa, si a usted lo ha mandado la corte, debe volver a la corte para ser re-referido. **Una vez que usted este re-referido no puede tener mas ausencias, nunca mas.** Cualquier ausencia adicional que no tenga excusa resultara en su expulsión y requerirá ser re-referido. **Ausencias Excusadas requieren una verificación en escrito en un plazo de 7 días del día de la clase. Las siguientes son tipos de verificación:**

Documentación Médica, Fallecimiento en la familia con verificación, compromiso militar, o ausencia temporaria debido al trabajo que estemos de acuerdo por adelantado por el programa. Ausencias Excusadas por trabajo son: tiempo suplementario obligado o trabajar fuera de la ciudad por pedido de su patrón.

Por favor recuerde que usted tendrá que pagar honorarios por el grupo aunque no asista a la clase si no ha hecho arreglos con anterioridad con su consejero/a para su ausencia.

HONORARIOS:

Los honorarios para cada grupo es \$55. Sus honorarios podrán ser reducidos basados en su sueldo. Prueba de ingresos son requeridas para pagar un honorario mas bajo. **El honorario mínimo para el programa es de \$30.00 por grupo. Un honorario de registro de \$80.00** y pago de su primera clase será cobrado cuando usted entre al programa. **Si usted se atrasa con los pagos por más de dos clases usted puede ser terminado del programa. Los honorarios para cheques sin fondos son \$25.**

Re-Inscripción: Para volver a entrar en el programa **su balance atrasado tendrá que ser pagado por completo y tendrá que pagar un honorario de \$50.00 de re-inscripción.** *Para no ser terminado por falta de pagos usted tendrá que pagar su honorario semanal mas \$10 hacia su balance atrasado cada semana hasta que su balance atrasado sea pagado por complete.* **Si a usted lo ha mandado la Corte sus honorarios son basados en su salario, habilidad de pagar, pagos diferido indigente, y/o no ningún costo determinado por la información encontrada por la Corte**

DROGAS Y ALCOHOL:

Le requieren atender a las sesiones de clase libre de la influencia de drogas y/o alcohol. Si usted viene a la clase estando sobre la influencia de sustancias le pedirán que se retire y recibirá una ausencia sin excusa. **Si el facilitador de la clase determina que usted tiene problemas de drogas y/o alcohol le pediremos que usted obtenga una evaluación y que reciba tratamiento concurrentemente con este programa.**

COOPERACION E INTERRUPCION:

Si usted no esta dispuesto a cumplir con el acuerdo de no ser violento o colisiona con la violencia de otras personas causando continua interrupción en la clase, le pedieran que se retire de la clase y/o será terminado del programa.

RE-REFERENCIAS:

Si usted ha sido terminado 2 veces por cualquier motivo no será elegible para volver al programa. **Si usted ha sido referido por el sistema judicial criminal y no ha fallado en inscribirse en el programa como fue dirigido por la Corte o el Departamento de Probación y ha sido terminado usted no será re-referido como desviación.**

DURACION DEL PROGRAMA:

Alternatives recomienda un programa de 52 semanas. **Si usted fue referido por la Corte al programa de Desviación, usted esta requerido a completar un mínimo de 52 clases. Si usted esta en Probación (Libertad Condicional) o en Libertad Condicional Sumaria, usted esta requerido a atender por un periodo no menos de 1 año con informes periódicos cada 2 meses. Sin embargo, la corte puede requerirle participar en más sesiones según la recomendación del programa de acuerdo a su necesidad.** Alternatives podrá recomendar que su programa sea extendido si usted falla en progresar. La falla de progreso puede resultar en que se extienda la duración de su programa. El fallo a progresar puede incluir no completar los trabajos asignados en la clase. **Si usted fue referido por la Corte usted esta requerido a completar el programa en el plazo de 18 meses.** Si usted fue terminado del programa no recibirá ningún crédito por atender a las clases hasta que nosotros recibiéramos información de la Corte que lo han re-referido al programa. Sin embargo, usted puede retornar y continuar de su propio acuerdo.

TERMINACION DEL PROGRAMA:

Hay seis razones por la cual usted puede ser terminado del programa:

- 1. Si usted continua viniendo al programa estando sobre la influencia de Drogas y/o Alcohol.*
- 2. Si usted interrumpe o es un problema en el programa y usted rehúsa parar cuando el facilitador interviene.*
- 3. Si usted ha acumulado más de 3 ausencias sin excusas.*
- 4. Si usted no cumple con los pagos acordados, ejemplo: más de dos pagos atrasados.*
- 5. Si usted no se esta beneficiando con el programa.*
- 6. Cuando usted ha completado el programa.*

APARIENCIA EN LA CORTE:

Si citan al personal del programa ha aparecer en la corte a favor del fiscal o la defensa, le cobraran \$100.00 por hora por cualquier y todo el tiempo pasado en la Corte y la preparación necesaria para presentar en la Corte.

Programa para Los Padres

P.A.P

ACUERDO (CONTRATO):

Yo he leído y estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones de este contrato. Además, el contenido lo he repasado y mis preguntas las han contestado. Mi firma hace este acuerdo valido.

_____ Tarifa Actual de Honorarios: _____ Clase
Firma del Cliente (Conforme a Cambios)

Yo he revisado este contrato con el participante y he contestado todas sus preguntas.

_____ **Firma del Testigo** _____ **Fecha**

AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION:

Yo, _____ autorizo a Alternativas a divulgar los expedientes y/o información obtenida en el curso de mi tratamiento para Parenting/Programa Para Padres a:

La divulgación de expedientes e información autorizada aquí es requerida por el siguiente fin: Asistencia Participación _____.

Este consentimiento esta sujeto a la revocación en cualquier momento a menos que la divulgación haya ocurrido. Si este consentimiento no se ha revocado previamente, seguirá siendo valido hasta que mi asociación con el programa de Parenting/Programa Para Padres de la agencia de Alternativas sea terminada sin la expresa revocación.

_____ **Firma del Participante**

_____ **Fecha**