



DEPARTMENT OF ALTERNATIVE SENTENCING  
Carson City, Nevada



Tad Fletcher, Chief

**REPORTE PARA LIBERTAD CONDICIONAL**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

# De Celular: \_\_\_\_\_ # De Casa: \_\_\_\_\_

Esta tomando medicamento?  Si  No (escoga uno)

Estan Aprobados?  Si  No (escoga uno)

Empleado? \_\_\_\_\_ Lugar de Empleo \_\_\_\_\_

Ha tenido contacto con la policia?  Si  No (escoga uno)

Si ha tenido contacto expliquelo. \_\_\_\_\_

Autorizo el intercambio de informacion sobre mi persona entre el Juzgado Municipal y de Primera Instancia de Carson City, el Depto. De Sentencia Alternativa y cualquier programa educativo/de terapia, entidades de servicios sociales y/o proveedores de atencion medica. Entiendo las condiciones de mi sentencia suspendida. Tambien entiendo que me arrestaran si no cumplo con todos los requisitos y que podran revocar mi sentencia suspendida. (Estatuto Revisado de Nevada 211A.090).

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Uso para la oficina solamente-(No escriba abajo de esta linea)

\*\*\*\*\*

Amount Paid \$ \_\_\_\_\_ Balance \$ \_\_\_\_\_ Next Payment: \_\_\_\_\_

Date Form Received \_\_\_\_\_ Tech: \_\_\_\_\_

Case # \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_