



## CONDADO DE SANTA BARBARA DEPARTAMENTO DE LIBERTAD VIGILADA

415 East Cypress Avenue, Lompoc, CA 93436, Tel. (805) 737-7746  
2121 So. Centerpointe Parkway, Santa Maria, CA 93455, Tel. (805) 739-8627  
117 E. Carrillo Street, Santa Barbara, CA 93110, Tel. (805) 882-3703

### Solicitud por Trabajo de Servicio a la Comunidad y Renuncia de Responsabilidad

#### SOLICITACIÓN POR INSCRIPCIÓN:

Sexo:  Masculino  Femenino

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo: \_\_\_\_\_ Tel. (casa): ( ) \_\_\_\_\_  
Tel. (celular): ( ) \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

Nombre de Empleador(a)/Escuela: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Días disponibles por el programa de trabajo: \_\_\_\_\_ Días de trabajo solamente \_\_\_\_\_ Fines de semana solamente \_\_\_\_\_

Aliste condiciones médicas y/o físicas que limitan su capacidad de trabajar: \_\_\_\_\_

¿Ha sido arrestado alguna vez por conducta que envuelve  sexo,  drogas,  incendio,  robo,  violencia (incluyendo violencia doméstica)?

Si ha marcado cualquier de los arriba, describa por favor: \_\_\_\_\_

#### **Renuncia de Responsabilidad:**

He sido enviado por la Corte o mi Oficial de Libertad Vigilada para completar horas de servicio a la comunidad. Solicito participar en el Programa de Trabajo de Servicio a la Comunidad que es operado por el Departamento de Libertad Vigilada del Condado de Santa Barbara. Como un(a) participante en este programa, entiendo y consiento los siguientes:

**Que no será considerado un(a) empleado(a) del Condado de Santa Barbara, el Tribunal Superior, ni de cualquier sitio de trabajo al cual me pueden enviar, y**

**Que ni el Condado de Santa Barbara, el Tribunal Superior, ni el sitio de trabajo no me cubrirá con ningún seguro, incluyendo accidente, médica, responsabilidad civil, indemnización obrera, incapacidad, ni ningún otro seguro.**

**Consiento defender, indemnizar, y considerar no responsable el Condado de Santa Barbara, el Tribunal Superior, y cualquier sitio de trabajo al cual me asignan, y sus oficiales, empleados, y agentes respectivos, de y contra cualquier y toda pérdida y responsabilidad civil, cargos, y gastos (incluyendo honorarios de abogado), y causas de cualquier carácter las cuales pueden resultar de participación en dicho programa, y**

**Acepto responsabilidad financiera y legal completa por cualquier daños o responsabilidades civiles que puedo incurrir o causar a otros mientras estoy un participante en el programa.**

Autorizo que el Departamento de Libertad Vigilada, el Tribunal Superior, y el sitio de trabajo asignado compartan información sobre mi caso, la cual incluye, pero no se limita a, la ofensa por la cual me inscribo en el Programa de Trabajo de Servicio a la Comunidad, o si estoy en libertad vigilada, mi estado de libertad vigilada, y cualquier de mis condiciones médicas o físicas las cuales limitan mi capacidad a trabajar.

He leído y consiento la “**Renuncia de Responsabilidad**” que se expresa arriba, he repasado la información en el dorso de esta hoja, y certifico que he hecho divulgación completa en esta solicitud sobre mis limitaciones médicas/físicas, y mis antecedentes de arresto como conciernen el comportamiento que envuelve sexo, robo, drogas, incendio, y violencia. Entiendo que me pueden terminar del programa de trabajo por incumplimiento de hacer divulgación completa.

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

Fecha: \_\_\_\_\_ Padre/Madre/Tutor: \_\_\_\_\_

# Selección de Sitio de Trabajo

Favor de escoger tres sitios de trabajo a los cuales puede hacer su trabajo. La Coordinadora de Trabajo de Servicio a la Comunidad tratará de asignarlo a uno de los sitios de trabajo basado en las necesidades del sitio de trabajo y cuantos trabajadores ya se asignan a ellos. **La selección del sitio asignado últimamente será al juicio de la Coordinadora de Trabajo de Servicio, y es posible que no sea uno de los sitios que escogió.**

Después de pagar las cuotas y presentar esta solicitud, una asignación a un sitio de trabajo se enviará a Ud. por correo dentro de 14 días. Si no la recibe, llame a la Coordinadora.

Cuando escoja los sitios de trabajo, asegúrese que considera los siguientes:

- **Ubicación de Sitio:** Asegúrese que el sitio de trabajo es cercano a su domicilio si tiene problemas de transportación.
- **Horas de Trabajo:**
  - a. Asegúrese que las horas que son disponibles al sitio de trabajo sientan bien con su horario. (No espere que el sitio de trabajo haga cambios para complacerle.) Si escoge un sitio de trabajo por su disponibilidad en los fines de semana, el sitio hará todo lo posible para complacerle. Sin embargo, estos sitios pueden limitarse ya que son nuestros sitios de trabajo más ocupados y no tienen la obligación de complacer las necesidades de un individuo.
  - b. Asegúrese que el sitio de trabajo tiene bastantes horas de trabajo disponibles para que puede acabar las horas para la fecha de terminación asignada.
- **Tipo de Trabajo:** Esté listo(a) satisfacer todos los requisitos del sitio de trabajo que se alistan bajo la parte "Comments" ("Comentarios") de la descripción del sitio de trabajo.
- **Limitaciones Físicas:** Si tiene una desventaja física, escoja un sitio de trabajo con funciones de trabajo que puede hacer.
- **Edad:** Si tiene menos que 18 años de edad, asegúrese que el sitio de trabajo acepta los Juveniles. No escoja un sitio de trabajo que se designa solamente para los Adultos.
- **Idioma:** Si hablar solamente el español, asegúrese que el sitio de trabajo se designa "Español: Sí."

• **Language:** If you can speak only Spanish, make sure the worksite is designated "Español: Sí"

Transferencia al Condado de \_\_\_\_\_

## **SELECCION DE SITIO DE TRABAJO:**

Primera Selección, Núm de Sitio de Trabajo: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Segunda Selección, Núm de Sitio de Trabajo: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Tercera Selección, Núm de Sitio de Trabajo: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

---

## **For Office Use Only**

### **Juveniles:**

- \$25.00 plus \$2.00 per hour = \$ \_\_\_\_\_
- Fee Waiver Proof Provided
  - CalWorks  Medi-Cal  SSI  GR
  - Court Order
- \$25.00 Fee:  Transfer  Extension  
 Worksite Change
- \$20.00 Fee:  ATP (Installment Plan)

### **Adults:**

- \$50.00 plus \$2.00 per hour = \$ \_\_\_\_\_
- Fee Waiver Proof Provided
  - CalWorks  Medi-Cal  SSI  GR
  - Court Order
- \$50.00 Fee:  Transfer  Extension  
 Worksite Change
- \$30.00  ATP (Installment Plan)

Staff Signature: \_\_\_\_\_

Phone Ext.: \_\_\_\_\_

**REMINDER: Be sure application is completed and you have checked off payment box above.**