

Servicios de la Corte del Condado de DeKalb
Formulario de admisión de Servicios de Restitución Comunitaria

Nombre: _____

Hombre: _____ Mujer: _____

Raza:

____ Indio Americano /Esquimal _____ Asiático / Isleño del Pacífico _____ Hispano/Latino _____ Afroamericano
____ Caucásico _____ Otro

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Dirección Permanente (si es diferente a la anterior) _____

Numero de Teléfono: Casa/Celular _____

Correo Electrónico _____

¿Tiene una licencia de conducir válida? _____ Si _____ No

¿Ha completado servicio comunitario como parte de una orden de Corte? _____ Si _____ No

Si es así, ¿dónde completo las horas de trabajaba comunitario?

Por favor escribir si ha estado antes involucrado con las cortes- incluyendo arrestos y condenas: _____

¿Tiene alguna condición / restricción de salud que afecte su capacidad para completar el servicio comunitaria?

_____ Si _____ No Si respondió que sí, explique: _____

¿Está usted empleado? _____ Si _____ No

¿Eres un estudiante? _____ Si _____ No - Si es así, ¿a qué escuela asiste? _____

Por favor escribe su horario de trabajo y/o escuela: