

# SERVICIOS DE LA CORTE DEL CONDADO DE DEKALB

## Reglas para los Servicios de Restitución Comunitaria

Nombre: \_\_\_\_\_

**Por favor, marque con sus iniciales, indicando que entiende las expectativas. Luego, firme con la fecha el formulario en la línea marcada como cliente. Si es menor de 17 años, el padre / guardián legal también debe firmar el formulario. Gracias.**

- \_\_\_\_\_ 1. Yo entiendo que se me asignara un trabajo de comunitaria y que debo seguir todos los términos y reglas de el sitio de trabajo.
- \_\_\_\_\_ 2. Yo entiendo que es MI responsabilidad contactar a mi supervisor asignado en el lugar de trabajo comunitario para establecer un horario y participar en cualquier orientación requerida.
- \_\_\_\_\_ 3. Yo entiendo que cada vez que me presente al lugar de trabajo asignado, tengo que presentar una identificación con fotografía valida.
- \_\_\_\_\_ 4. Yo entiendo que debo tratar el lugar de trabajo comunitario como lo haría con cualquier trabajo. Yo llegare a tiempo y me reportare con el supervisor, cooperaré con el personal del lugar de trabajo, yo mantendré una actitud positiva y completaré todos los deberes laborales del trabajo lo mejor que pueda.
- \_\_\_\_\_ 5. Yo entiendo que debo completar una hoja de tiempo todos los días que trabajo. Debo registrar el tiempo de entrada y la salida todos los días y pedirle al supervisor que ponga sus iniciales en la hoja. Si me voy antes de recibir la aprobación del supervisor del lugar de trabajo o sin firmar en la hoja de tiempo, mis horas no se contarán para ese día. Entiendo que es mi responsabilidad asegurarme de que mi supervisor del lugar de trabajo envié las hojas actualizadas mensualmente a la Coordinadora de Servicios de Restitución Comunitaria.
- \_\_\_\_\_ 6. Yo entiendo que el supervisor del lugar de trabajo y la Coordinadora de Servicios Comunitaria permanecerán en contacto y hablarán sobre mi progreso en el lugar de trabajo. Si hay algún problema en el trabajo, la Coordinadora se comunicará conmigo para discutir estos temas.
- \_\_\_\_\_ 7. Yo entiendo que, según la ley estatal, si me lastimo en el trabajo comunitario no puedo demandar a nadie por facturas medicas y/o otros gastos que pueda tener como resultado de lastimarme en el trabajo. No puedo demandar a el lugar de trabajo comunitario, el Condado de DeKalb, y ni ninguna otra persona involucrada en el programa de Servicios de Restitución Comunitaria. Yo, entiendo que puedo recibir el texto completo de la ley estatal en cualquier momento de los Servicios del Corte.
- \_\_\_\_\_ 8. Yo entiendo que no se me pagará ni recibiré ningún beneficio de empleado por el trabajo que hago.
- \_\_\_\_\_ 9. Yo entiendo que dos ausencias injustificadas o no completar horas semanales pueden resultar en la terminación del lugar de trabajo comunitario y/o en una acción legal adicional. Los Servicios de Corte me darán no mas de dos lugares de trabajo. Si quedan horas adicionales, es mi responsabilidad de buscar un sitio de trabajo comunitario y completar el formulario para ser aprobado por La Coordinadora.

**Yo entiendo que debo cumplir con todas estas reglas y si no sigo puede resultar en más acciones legales. Yo doy permiso a los Servicios de la Corte del Condado de DeKalb, según sea necesario, para compartir información sobre mi cargo o historia criminal anterior en mi lugar de trabajo comunitario.**

\_\_\_\_\_  
Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Padre/Guardian Legal, Si el Cliente es Menor De Edad

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha