

Custody Services Bureau
Custody Alternative Facility
1011 Las Juntas Street
Martinez, CA 94553
Phone: (925) 313-4271
Fax: (925) 313-4290
Email: caf-ehd@so.cccounty.us



Michael V. Casten
Undersheriff

Centro de Custodia Alternativa
Acuerdo de Detención Domiciliar Electrónico/SCRAM

Fecha: _____

Nombre: _____

Usted será inscrito hoy en el programa de monitoreo de EHD/SCRAM para supervisión.

Esta supervisión terminará el día _____

Está sujeto a los siguientes acuerdos y condiciones:

- Si viola alguna de las condiciones del programa, es posible que regrese a la custodia física.
- También puede estar sujeto a medidas disciplinarias dependiendo de la naturaleza de la infracción.
- Siempre que surja algún problema o no comprenda lo que se espera de usted, hable con el administrador de casos que se le haya asignado.

Lea los acuerdos y condiciones a continuación y ponga sus iniciales a la izquierda que ha leído ese acuerdo. Los acuerdos marcados con un asterisco (*) son para participantes de monitoreo SCRAM. Los participantes de EHD deben leer y seguir todas las reglas que se enumeran a continuación.

ACUERDOS

- * _____ Acepto renunciar a la extradición al Estado de California desde cualquier Estado o Territorio de los Estados Unidos, o desde el Distrito de Columbia. También acepto que no combatiré ningún esfuerzo para regresarme al Estado de California.
- _____ Acepto que cualquier agente del orden público o personal del Centro Alternativo de Custodia (CAF) puede registrar mi persona, mi residencia, mi vehículo y cualquier propiedad bajo mi control sin una orden judicial en cualquier momento.
- * _____ Acepto no abandonar el área general de la bahía de San Francisco ni el Estado de California sin la aprobación previa por escrito del personal del programa CAF.

CONDICIONES

- _____ NO posea ni tenga bajo su control armas de fuego/armas peligrosas, en el hogar o en la propiedad mientras esté en el programa.
- * _____ NO participe en ninguna conducta prohibida por la ley (federal, estatal, del condado o municipal).
- * _____ Notifique de inmediato a la oficina de CAF sobre cualquier contacto policial o arresto. Ya sea como víctima, sospechoso, testigo, en un accidente o en relación con una multa/citación, etc.
- * _____ Siga cualquier orden de protección/restricción que se presente en su contra.
- _____ Residir en una vivienda conformable que el Centro de Custodia Alternativa determine que es adecuada.
- _____ Permita acceso libre a su lugar de residencia.
- * _____ Mantenga un teléfono que funcione mediante el cual se le pueda contactar en cualquier momento y en cualquier lugar.

Continúa en la siguiente página

CONDICIONES Continuación...

- _____ Estará sujeto a contacto personal y/o telefónico sin previo aviso en su lugar de residencia y empleo.
- * _____ NO opere ningún vehículo motorizado al menos que tenga una licencia para hacerlo otorgada por el Departamento de Vehículos Motorizados de California.
- * _____ Asegúrese de mantener el registro vigente y el seguro de responsabilidad legal para cualquier vehículo motorizado conducido por usted y cualquier persona que proporcione transporte. Esté preparado para proporcionar documentación.
- * _____ Tenga un plan de respaldo que incluya transporte público si no tiene la licencia adecuada para conducir y/o no tiene un medio de transporte permanente.
- _____ Con su administrador de casos, crea y mantén un horario diario y esté presente a los lugares listados a las horas acordados en su horario. Al fallar de seguir su horario será considerada una violación.
- _____ No regresar a su lugar de reclusión a la hora prescrita puede considerarse fuga. [Penal Code §4532(e)]
- _____ Los horarios de citas programadas y/o el tiempo programado para salir de casa están sujetos a cambios previa notificación por parte del personal de CAF.
- _____ Su casa está definida como las cuatro paredes de donde vives.
- _____ Asegúrese de tener acceso a electricidad para cargar cualquier dispositivo necesario. No mantener adecuadamente la carga de su dispositivo es una violación del programa y puede resultar en el regreso a la custodia física.
- _____ Encierre todas las mascotas para permitir el libre acceso a su residencia por parte del personal de CAF.
- _____ Mantenga informado a su administrador de casos sobre su ubicación laboral actual, especialmente si está sujeta a cambios.
- _____ Mantenga informado a su administrador de casos sobre la ubicación de su trabajo actual, especialmente si está sujeto a cambios.
- _____ Mantenga informado a su administrador de casos sobre los cambios de horario tan pronto como se dé cuenta. Como regla general, no se permiten cambios el mismo día.
- _____ Cualquier cambio de horario sin el permiso previo de su administrador de casos, o el de otro administrador de casos, se considerará una violación del horario. **El permiso previo significa que debe hablar VOZ A VOZ con un administrador de casos, ya sea en persona o por teléfono. Después de dejar un mensaje de correo de voz, debe seguir con un contacto de voz a voz con un administrador de casos.**
- * _____ Informe a su administrador de casos sobre las citas con el médico/dentista tan pronto como se programen. Esto es sólo para usted o sus familiares directos.
- _____ Llame a su administrador de casos o los diputados si necesita salir de casa para recibir atención de urgencia o emergencia. Llame lo antes posible y diríjase inmediatamente al hospital más cercano. En estos casos se pueden dejar mensajes de correo de voz; sin embargo, el contacto de voz a voz debe realizarse lo antes posible.
- _____ Proporcionar documentación para todas y cada una de las visitas/tratamientos médicos o dentales. Esto incluye visitas de rutina, atención de urgencia y emergencia.
- _____ Empleo y/o asistencia a la escuela están sujetos a verificación del administrador de casos y aprobación del sargento y no puede interferir con las reglas o condiciones del programa.
- _____ Infórmele a su administrador de casos de cualquier caso activo o nuevo en el Condado de Contra Costa o en otros condados.

Continúa en la siguiente página

CONDICIONES Continuación...

- _____ La instalación de un segundo monitor por un condado que no sea el Condado de Contra Costa es prohibida durante la inscripción de un programa de CAF. Infórmele a su administrador de casos si la instalación de otro monitor es una condición estipulada por otro condado.
- * _____ El comportamiento con el personal de CAF deberá ser en todo momento profesional. La mala actitud y/o el comportamiento poco cooperativo pueden resultar en el regreso a la custodia física.
- * _____ Haga Contacto directo usted mismo con el personal de CAF. No se aceptarán interferencias ni llamadas de familiares y amigos. La conducta de sus familiares y amigos en CAF y en su hogar es su responsabilidad. Usted será responsable de la interferencia y el comportamiento de familiares y/o amigos.
- * _____ Los oficiales estarán equipados con cámaras corporales en oficina de la CAF y durante controles domiciliarios
- * _____ Las tardanzas repetidas pueden resultar en su regreso a la custodia física.
- * _____ Faltar a una visita semanal al consultorio sin permiso previo puede resultar en su regreso a la custodia física.

Doy mi consentimiento a los Términos y Condiciones de Libertad anteriores. Entiendo que cualquier violación de las condiciones puede resultar en mi arresto inmediato y regreso a custodia física. He revisado estas condiciones y acuerdo con el administrador de casos del programa CAF y he recibido una copia de los mismos.

Firma del participante -

Fecha

Administrador de casos -

Fecha

TUS DERECHOS EN EL PROGRAMA

Entiendo que el Centro de Custodia Alternativa reconoce que los participantes del programa tienen ciertos derechos en relación con las condiciones o el tipo de supervisión. Ellos son:

- La libertad de discriminación basada en raza, religión, origen nacional, sexo, edad, discapacidad o creencias políticas.
- El derecho a participar en elecciones locales, estatales y federales.
- La disponibilidad de un procedimiento de quejas por escrito que incluya al menos un nivel de apelación.
- Acceso al clero para prácticas religiosas legítimas, sujeto únicamente a las limitaciones necesarias para el control supervisor.
- No se negará ni se limitará el acceso a ninguno de los siguientes: tribunales, abogados, funcionarios del programa, funcionarios gubernamentales y administradores de los sistemas de quejas. Los participantes que busquen reparación judicial o administrativa no estarán sujetos a represalias ni sanciones como consecuencia de ello
- La expectativa de que durante los registros se evitará fuerza, vergüenza o indignidad innecesarias.
- No ser sometido a ninguna forma de castigo cruel, corporal o de acoso.
- La interpretación de la normativa será la menos restrictiva necesaria al nivel de seguridad del participante.

He leído/me han leído y se me ha entregado una copia de los derechos descritos en este formulario.

Firma del participante -

Fecha

Administrador de casos -

Fecha

ACUERDO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS Y ALCOHOL

Acepto que se me puede rechazar o negar una consideración para la aceptación o participación en cualquiera de los programas del Centro de Custodia Alternativa por cualquiera de los siguientes motivos:

- Negarse a someterse a una prueba de drogas espontánea (ya sea análisis de orina o intoxicación). Negarse se puede considerar una prueba positiva.
- Presentar una prueba y esa prueba salga positiva para una sustancia (droga) controlada ilegal y no recetada y/o alcohol.
- No proporcionar una prueba después de tres (3) intentos (ya sea análisis de orina o intoxicación). No realizar la prueba cuando se le solicite se considerará lo mismo que un rechazo, y esto puede causar que me devuelvan a la custodia física independientemente del motivo.

Yo también estoy de acuerdo:

- Estar preparado para realizar una prueba de orina en cada visita al consultorio.
- Que los análisis de orina que muestren un resultado “diluido” puedan llevar a considerar y/o determinar que mi análisis de orina fue manipulado.
- Que me pueden llamar al Centro de Custodia Alternativa en cualquier momento para realizar una prueba de orina espontánea.
- No usar, poseer ni tener bajo mi control ninguna droga, narcótico o parafernalia de drogas, a menos que lo recete un médico autorizado, y que no habrá bebidas alcohólicas, narcóticos ni parafernalia en el hogar o en la propiedad donde resido. mientras estás en el programa.
- No usar ningún medicamento de venta libre sin el conocimiento de mi administrador de caso, y no usar ninguno que contenga alcohol o pseudoefedrina (Sudafed).
- Proporcionar prueba de medicamentos recetados a mi nombre cuando lo solicite.
- Abstenerse por completo del consumo de bebidas alcohólicas, incluida la cerveza sin alcohol.
- No frecuentar ningún lugar donde el alcohol sea el principal orden del día. (No se permitirá a los participantes visitar casinos, bares o negocios similares de forma recreativa).
- No asociarse con exdelincuentes, personas con antecedentes penales, pandilleros o cualquier persona con la que el personal de CAF desaconseje asociarse.
- No realizar una reunión social de más de dos (2) adultos (distintos de residentes) en el domicilio sin aprobación del personal de CAF.
- Participar en un programa de asesoramiento prescrito por el tribunal, y no abandonar ni finalizar dicho programa de asesoramiento prescrito por el tribunal sin el consentimiento expreso del tribunal.
- Que entiendo que este acuerdo se extiende desde el momento de mi entrevista para ser aceptado en cualquiera de los programas de CAF hasta mi posible fecha de liberación.

Al iniciar arriba y firmar abajo, certifico que he leído y comprendido completamente el significado y la intención de este acuerdo.

Firma del participante -

Fecha

Administrador de casos -

Fecha

ACUERDO DE RETIRO DE EQUIPO NO AUTORIZADO

Entiendo completamente y acepto lo siguiente:

- * _____ No manipularé ni causaré daños intencionalmente al equipo que se me ha asignado.
- * _____ No me quitaré el equipo del tobillo innecesariamente. La retirada del equipo debe ser realizada por un administrador de casos o un oficial del centro de custodia alternativa. En caso de una emergencia médica, en la que se deba retirar el equipo, acepto proporcionar documentación médica y comunicarme inmediatamente con un administrador de casos o un oficial del centro de custodia alternativa para obtener más instrucciones y requisitos de presentación de informes.
- * _____ Notificaré inmediatamente a mi administrador de casos y/o a los oficiales del centro de custodia alternativa si el dispositivo se cayera del tobillo.
- * _____ Que manipular, retirar o dañar intencionalmente el equipo tendrá como resultado:
 - Eliminación del programa
Y/O
 - Mi regreso inmediato a custodia física y un cargo de fuga de conformidad con la Sección 4532 del Código Penal:
 - 4532(a)(1) – Delito menor: castigable con prisión estatal por un período determinado de un año y un día, o en una cárcel del condado que no exceda un año.
 - 4532(b)(1) – Delito grave: castigable con prisión estatal por 16 meses, dos años o tres años, que se cumplirán consecutivamente, o en una cárcel del condado que no exceda un año.

Al iniciar arriba y firmar abajo, certifico que he leído y comprendido completamente el significado y la intención de este acuerdo.

Firma del participante -

Fecha

Administrador de casos -

Fecha

RECIBO DEL EQUIPO DEL PARTICIPANTE DE EHD

Reconozco recibo del siguiente equipo:

- **GPS** (Valor de daños/pérdidas: \$850.00)
- **Cargador** (Daño/Valor de pérdida: \$50.00)
 - Acepto y entiendo mi responsabilidad por el cuidado y protección de este equipo.
 - También entiendo que seré financieramente responsable de cualquier daño y/o pérdida del equipo mientras esté bajo mi cuidado.
 - Entregaré este equipo de inmediato al personal del programa EHD cuando así lo solicite o en mi fecha de liberación.
 - Además, entiendo y acepto que el Condado de Contra Costa, sus funcionarios, empleados y agentes no son responsables de ningún daño u otros costos incurridos después de mi uso, uso o manipulación del equipo de monitoreo electrónico.

CONDICIONES DEL DISPOSITIVO DE TOBILLO

- El dispositivo de tobillo puede colocarse en el interior o exterior de cualquiera de las piernas.
- Debe notificar a su administrador de casos inmediatamente si el dispositivo de tobillo se desprende y acudir a la oficina lo antes posible o según las indicaciones.
- El dispositivo de tobillo debe cargarse durante una hora completa por la mañana y una hora completa por la noche. Cada ciclo de carga debe tener un intervalo de 10 a 12 horas. Algunos casos pueden requerir una carga más frecuente.
- El dispositivo de tobillo es resistente al agua. Las duchas están bien, pero no los baños. NO SUMERJA el dispositivo.
- NO utilice camas de agua ni cobijas eléctricas.
- Usted será responsable de escuchar y responder llamadas, alertas y visitas del personal.
- Si es necesario, regresará inmediatamente a CAF para intercambiar equipo en cualquier momento durante el programa.
- Todos los equipos y accesorios deben devolverse para su inspección en la fecha de su liberación. Es posible que lo envíen a casa para que recoja cualquier pieza que falte antes de que lo liberen del programa.
- Consulte la Guía del usuario del participante para obtener explicaciones sobre las vibraciones y/o las luces intermitentes de su tobillera.

HE LEÍDO LAS INSTRUCCIONES ANTERIORES SOBRE EL EQUIPO QUE ME HA SIDO ASIGNADO MIENTRAS ESTOY EN ESTE PROGRAMA.

HE INSPECCIONADO VISUALMENTE TODO EL EQUIPO Y NO ENCONTRÉ NINGÚN DAÑO APARENTE.

Firma del participante -

Fecha

Administrador de casos -

Fecha

SCRAM CAM Program Participant Agreement



Nombre del participante: _____
Agencia: Contra Costa Sheriff's Department
Administrador de casos: Specialist Error! Reference source not found.
Fecha de inclusión al programa: _____

Me han colocado en el programa SCRAM. Como condición para poder participar en este programa, acepto cumplir con todos los requisitos del programa establecidos en este acuerdo y seguir estrictamente las instrucciones de mi administrador de caso o agente de servicios previos al juicio. Entiendo que cualquier incumplimiento por mi parte de este acuerdo o de las instrucciones de mi administrador de caso o agente se considerará una violación de mi supervisión y puede resultar en consecuencias legales adversas.

Como condición para mi participación en el programa, acepto utilizar correctamente el equipo Secure Continuous Remote Alcohol Monitoring™ ("SCRAM") que me proporcionó mi administrador de caso o agente. En ese sentido, usaré la pulsera SCRAM CAM en mi tobillo durante la duración del programa. Permitiré que la base SCRAM se conecte al teléfono de mi casa u oficina a menos que esté usando el dispositivo inalámbrico MultiConnect™ AW o haya llegado a un acuerdo con mi administrador de caso o agente. Entiendo que la pulsera SCRAM CAM, a intervalos preprogramados, me probará la presencia de una concentración positiva de alcohol en la sangre mediante la medición del alcohol que se emite en forma de vapores a través de mi piel. Cuando el brazalete SCRAM CAM detecta la presencia de alcohol, registrará una lectura positiva y transmitirá una alerta de alcohol a la estación base SCRAM. El brazalete SCRAM CAM también contiene sistemas diseñados para detectar interferencias o manipulación y también transmitirá una alerta de manipulación a la estación base SCRAM. Cuando se requiere mantenimiento, acepto ir a la oficina inmediatamente después de que mi agente me notifique.

Reconozco recibo de:

Número de pulsera SCRAM CAM	_____	
Número de base SCRAM	_____	
Número de dispositivo MultiConnect AW	_____	Inicial abajo
1 cargador y cable telefónico	_____	_____

Se cobrará una tarifa de conexión adicional si se requiere un brazalete nuevo como resultado de un corte en la correa, sumersión o daño intencional a los componentes del brazalete. También entiendo que seré responsable de los daños, que no sean los debidos al desgaste normal, del equipo SCRAM. También entiendo que si no devuelvo el equipo en buenas condiciones de funcionamiento, se me cobrará la reparación o el reemplazo del equipo de la siguiente manera:

Reemplazo completo de la pulsera SCRAM CAM	\$ 1108.35
Reemplazo completo de la base SCRAM	\$ 374.81
Full Replacement of the MultiConnect AW Wireless Device	\$ 589.42
Reemplazo de correa	\$ 100.00

Firma

Fecha

SCRAM CAM Program Participant Agreement



Condiciones y reglas del programa SCRAM

Como condición para poder participar en el programa, acepto permitir que el personal autorizado inspeccione y mantenga el brazalete SCRAM CAM, la base SCRAM y el dispositivo inalámbrico MultiConnect AW (si se está utilizando ese dispositivo).

Mientras participo en el programa, acepto usar un brazalete SCRAM CAM no removible que será colocado por mi agente, administrador de casos u otro personal autorizado de la agencia. Acepto no quitar, manipular ni colocar ningún material de obstrucción entre el brazalete SCRAM CAM y mi pierna. Sólo en caso de emergencia o con el permiso previo de mi administrador de caso o agente me quitaré la pulsera SCRAM CAM. También acepto no mover, desconectar ni manipular la base SCRAM o el dispositivo inalámbrico MultiConnect AW (si ese dispositivo se está utilizando) sin la aprobación previa de mi agente.

ADVERTENCIA: Si siento una sensación de ardor, sarpullido en la piel o cualquier otro riesgo aparente para la salud debido al brazalete, me comunicaré con mi agente de inmediato.

A menos que se utilice un dispositivo inalámbrico MultiConnect AW, acepto mantener una línea telefónica analógica y un servicio eléctrico en mi residencia por mi cuenta. Acepto que no haré ningún cambio en el equipo o servicios telefónicos de mi residencia sin la aprobación previa de mi agente. Si mi agente o administrador de casos me notifica, acepto eliminar cualquier característica o función del teléfono que interfiera con el funcionamiento normal de la base SCRAM. Acepto proporcionar copias de mi factura mensual de teléfono y electricidad cuando lo solicite mi agente o administrador de casos.

Entiendo que mi administrador de casos o agente utilizará llamadas telefónicas, el equipo SCRAM y visitas personales para monitorear mi cumplimiento de este acuerdo. Por lo tanto, cuando esté en casa, me comprometo a contestar con prontitud mi teléfono o mi puerta. Además, entiendo y acepto que todas las llamadas telefónicas de mi administrador de casos o agente a mi residencia pueden grabarse.

Si se utiliza un dispositivo inalámbrico MultiConnect AW, acepto mantener el dispositivo junto a la base SCRAM con un cable telefónico que conecte ambos dispositivos.

Si tengo problemas con el brazalete SCRAM CAM, la base SCRAM o el dispositivo inalámbrico MultiConnect AW, o si me quedo sin energía eléctrica en mi residencia, acepto llamar a mi agente de inmediato. Si no puedo hablar con mi agente en persona o fuera del horario comercial, acepto llamar a mi agente y dejar un mensaje en su contestador automático que incluya mi nombre, la fecha, la hora y la naturaleza de mi problema. Si ha habido un problema de energía, acepto llamar y dejar otro mensaje cuando se restablezca la energía. También acepto notificar a mi agente sobre cualquier problema con mi servicio telefónico tan pronto como pueda hacerlo.

SCRAM CAM Program Participant Agreement



Entiendo que, como participante en el programa, debo abstenerme de todo consumo de alcohol y evitar el uso de productos que contengan alcohol y evitar ciertas actividades restringidas, como se describe a continuación:

Productos Prohibidos:

Iniciales aquí

Entiendo que no debo usar ni poseer ningún producto que contenga alcohol, incluidos, entre otros, enjuagues bucales, alcohol medicinal, limpiadores y desinfectantes para el hogar, lociones, jabones corporales, perfumes u otros productos de higiene que contengan alcohol. No se deben utilizar otros productos que no sean agua y jabón en la piel alrededor de la pulsera.

Manipulación:

Iniciales aquí

Entiendo que el uso de productos prohibidos o cualquier aplicación tópica de un producto cerca del brazalete SCRAM CAM en un intento de alterar o alterar sus lecturas se considerará una violación de este acuerdo.

Natación y baño:

Iniciales aquí

Entiendo que no debo sumergir el brazalete SCRAM CAM en agua. Las duchas son el único método de baño permitido. Entiendo que si sumerjo el brazalete SCRAM CAM en agua, será tratado como un "intento de derrota" y se manejará de la misma manera que una manipulación u obstrucción. Entiendo que seré responsable de cualquier daño causado por sumergir o dañar el brazalete SCRAM CAM, y tarifas de conexión adicionales cuando se requiera equipo nuevo debido a un daño intencional.

Higiene personal:

Iniciales aquí

Acepto que al ducharme limpiaré minuciosamente el área alrededor de la pulsera con agua y jabón. Enjuagaré bien con agua limpia y secaré debajo de la pulsera SCRAM CAM. Entiendo que no enjuagar todo el jabón y secar el área alrededor del brazalete puede provocar una erupción cutánea leve.

Estado de salud actual o condiciones médicas preexistentes:

Iniciales aquí

Acepto que revelaré mi estado de salud actual a mi administrador de casos o agente y también les notificaré sobre cualquier condición médica preexistente que tenga conocimiento, como embarazo, diabetes o cualquier tipo de trastorno o condición de la piel conocida.

Reconozco que he recibido una copia de este acuerdo y que me lo han explicado antes de firmarlo. Entiendo que debo cumplir con los requisitos de este acuerdo hasta que mi administrador de caso o agente de servicios previos al juicio me notifique lo contrario. Acepto llamar a mi administrador de caso o agente inmediatamente si tengo alguna pregunta sobre este acuerdo o si tengo algún problema con el brazalete SCRAM CAM, la base SCRAM o el dispositivo inalámbrico MultiConnect AW. Además, entiendo que cualquier violación de este acuerdo constituirá una violación del programa y puede causar que se tomen acciones legales adversas inmediatas en mi contra.

Firma

Fecha

Representante/Testigo

Fecha