

**INFORMACIÓN DE DATOS PERSONALES  
FORMA DE CONTACTO**

TIME IN: \_\_\_\_\_  
FOR OFFICE USE ONLY

Actualmente en Supervisión:  Si  No

Supervisión Anterior:  Si  No

Donde: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE SUFFIJO (SR,JR,II, III)

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN FÍSICA APT. CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE CORREO (si es diferente) CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

\_\_\_\_\_  
TELÉFONO DE CASA CELULAR CORREO ELECTRÓNICO/EMAIL

\_\_\_\_\_  
CON QUIEN VAS A VIVIR? NOMBRES DE MENORES EN CASA

\_\_\_\_\_  
NOMBRES DE VICTIMA(S) O CO-DEMANDADOS DE CASA

**CICATRIZ/MARCAS/TATUAJES:**

**EMPLEO:**

JORNADO COMPLETA  NO-COMPLETA  ESTACIONAL  ESTUDIANTE/RETIRADO/DESACTIVADO  DESEMPLEADO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE COMPAÑIA FECHA DE COMIENZO/TERMINACIÓN TELÉFONO DE COMPAÑIA

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

\_\_\_\_\_  
SALARIO POSICIÓN NOMBRE DE TU JEFE SABE SU JEFE SOBRE SU LIBERTAD?

**REFERENCIAS PERSONALES: (lista 3 referencias una que no viven contigo)**

1. \_\_\_\_\_  
NOMBRE RELACIÓN

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE CASA o EMAIL CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL TELÉFONO

2. \_\_\_\_\_  
NOMBRE RELACIÓN

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE CASA o EMAIL CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL TELÉFONO

3. \_\_\_\_\_  
NOMBRE RELACIÓN

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE CASA o EMAIL CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL TELÉFONO

**INFORMACIÓN PERSONAL:**

<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> _____ Mes Día Año	<b>CABELLO:</b>	<b>HS DIPLOMA:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>GED:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
--	-----------------	---

<b>SEXO:</b> <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	<b>OJOS:</b>	<b>GRADO MAS ALTO COMPLETADO:</b> <i>(Incluyendo esos con GED)</i>
<b>RAIZ:</b> <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiatico/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>PESO:</b> <b>ALTURA:</b>	<b>ESTADO CIVIL:</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado
<b>ETNICIDAD:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No- Hispano	<b>LUGAR DE NACIMIENTO:</b> _____ Ciudad                      Estado                      País	<b># DE NIÑOS MENOR DE 18:</b>
<b>IDIOMAS:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>CIUDADANÍA:</b> <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> Mexico <input type="checkbox"/> Extranjero Residente <input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>SERVICIO MILITAR:</b> <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Descargado <input type="checkbox"/> Nunca Tipo de Descarga: _____

**NÚMERO DE SEGURO SOCIAL**                      **# Y ESTADO DE LICENCIA PARA CONDUCIR**                      **FECHA DE EXPIRACIÓN**

**AUTO:**

<b>MARCA:</b>	<b>MODELO:</b>	<b>ESTILO:</b>	<b>PLACA DE MARTÍCULA:</b>
<b>ESTADO:</b>	<b>AÑO:</b>	<b>COLOR:</b>	

CONSENTIMIENTO AL TEXTO  Si  No      CONSENTIMIENTO AL CORREO ELECTRONICO  Si  No

\_\_\_\_\_  
Firma de Defendiente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Empleado de Cobranza

\_\_\_\_\_  
Fecha

Office Use Only		Staff Initial	Date
<input type="checkbox"/> Home Address	<input type="checkbox"/> Home/Cell Phone		
<input type="checkbox"/> Ref #1	<input type="checkbox"/> Ref # 2		
<input type="checkbox"/> Email Address			