

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? |  |

**REFERENCES 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:**

|                                                 |          |                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA DE NACIMIENTO: _____<br>Mes    Día    Año | CABELLO: | HS DIPLOMA: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No<br>GED: <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><br>(Incluyendo esos con GED)                                                                                                                                |
| <b>RAIZ:</b> <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiatico/Isleño del Pacífico<br><input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Caucásico<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ | <b>PESO:</b> <b>ALTURA:</b>                                                                                                                                          | <b>ESTADO CIVIL:</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado<br><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><br>Ciudad _____ Estado _____ País _____                                                                                                  | <b># DE NIÑOS MENOR DE 18:</b>                                                                                                                                                                |
| <b>IDIOMAE:</b> <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español<br><input type="checkbox"/> Otro: _____                                                                                                              | <b>CIUDADANÍA:</b> <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> Mexico<br><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<br>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 |                                          |               |      |