

BEAVER COUNTY ADULT PROBATION CONFIDENTIAL QUESTIONNAIRE **DATE (Fecha):** _____
CUESTIONARIO CONFIDENCIAL DEL DEPARTAMENTO DE LIBERTAD CONDICIONAL - CONDADO DE BEAVER
 (If question does not apply, please write "N/A")
 (Si la pregunta no aplica, por favor escriba "N/A")

Name: _____
 (First) (Primer nombre) (Middle) (Segundo nombre) (Last) (Apellido)

Date of Birth: _____ **Gender:** male female Sentencing Judge/Courtroom # _____
 Fecha de Nacimiento: Género: hombre mujer Juez de Sentencia/# de Tribunal

Home Phone : _____ <i>Teléfono fijo</i>	Email: _____ <i>Correo electrónico</i>
Cell Phone: _____ <i>Teléfono celular:</i>	Fax: _____
Work Phone: _____ <i>Teléfono del trabajo</i>	<i>Número de Fax</i>

Reside With: <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Boyfriend <input type="checkbox"/> Girlfriend <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Vive con: Papa Mama Padres Esposa(o) Novio Novia Solo Otro</i>
Residence Type: <input type="checkbox"/> Apartment <input type="checkbox"/> Duplex <input type="checkbox"/> House <input type="checkbox"/> Trailer <input type="checkbox"/> Other (specify) _____ <i>Tipo de Residencia: Apartamento Dúplex Casa Tráiler Otra (especifique)</i>
Address: Dirección:

(Address) (Dirección) (City) (Ciudad) (State) (Estado) (Zip) (Código Postal)
Landlord: _____ Township or Municipality _____ <i>Propietario: Municipio</i>
Occupants at residence: _____ <i>Ocupantes en la residencia</i>

Marital Status: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Common-Law <input type="checkbox"/> Widowed <i>Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Unión de hecho Viudo(a)</i>
Social Security #: _____ <i>No. de Seguro Social</i>
US Citizen: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Illegal Resident <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No State of Birth _____ <i>Ciudadano de USA: Si No Indocumentado Si No Estado donde nació</i>
City of Birth _____ Country of Birth _____ <i>Ciudad de nacimiento País de nacimiento</i>
Race: <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Raza: Indígena americano Asiático Negro o Afroamericano Blanco Desconocido Otro</i>
Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic Eye Color: _____ Hair Color: _____ <i>Etnia: Hispano No Hispano Color de los ojos Color del cabello</i>
Height: _____ Weight: _____ Body Build: _____ Complexion: _____ <i>Estatura Peso Constitución corporal Tipo de piel</i>
Disabled: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Discapacitado Si No</i>

List any scars or marks: _____

Enumere las cicatrices o marcas:

List location of piercings: _____

Enumere la ubicación de perforaciones en su piel:

Tattoos: (where and what) _____

Tatuajes

Primary Language: English Other: _____ Speak, Read and Write English Yes No
Idioma Principal: inglés Otro: _____ Habla, Lee y Escribe en inglés Si No

Are there any occupants of your residence that may pose a danger to probation or law enforcement officers?
Hay personas en su hogar que presenten peligro hacia los oficiales de supervisión o agentes del orden público?

No Yes: If yes, who? _____
No Si Si la respuesta es "sí", quien?

Are there any firearms in the residence? No Yes If yes, describe _____
Hay armas de fuego en su residencia? No Si Describa si la respuesta es "sí"

Do you have a valid conceal carry permit? No Yes
Tiene permiso para transporte oculto de armas? No Si

Are there any dogs at the residence? No Yes Breed and demeanor _____
Hay perros en su residencia? No Si Raza y comportamiento

Driver's License: Yes No Is it Valid: Yes No
Permiso de conducción Si No Es válido Si No

Driver's License No: _____
de su permiso de conducción

PA: Yes No If No, State Issued: _____
PA Si No Si la respuesta es "no", de que estado es su permiso

Has it ever been suspended: Yes No If yes, Date of suspension: _____ Restoration Date: _____
Ha sido suspendido alguna vez: Si No Fecha de suspensión Fecha de restauración

Are you a registered sex offender? Yes No
Esta registrado como agresor sexual? Si No

Nickname: _____ Maiden Name _____ Other _____
Sobrenombre Apellido de soltera Otro

Emergency Contact
Contacto de emergencia

(Name) (Nombre) (Relationship)(Relación) (Phone)(Teléfono)

(Address) (Dirección) (City) (Ciudad) (State)(Estado) (Zip) (Código postal)

Highest Grade Completed: _____ High School **Name/Location:** _____
Grado/año escolar más alto completado Secundaria Nombre y lugar de la escuela
If you did not graduate, have you obtained your GED **yes** **no**
Si no se graduó, obtuvo el GED sí no
College/Trade School: _____ **Degree/Credits:** _____
Universidad/escuela de capacitación Grado/Créditos

Employed: **Yes** **No** If yes, **Present Employer:** _____
Trabaja: Si No (Company)(Empresa) (Address) (Direccion)
 Full time Part time
Tiempo Completo Medio tiempo
Wages/Income (Hourly): _____ **Other:** Unemployment Retirement Disability Public Assistance
Salario/Ingreso por hora Otro Desempleo Jubilación Discapacidad Asistencia publica

Health Insurance: Yes No If yes, with who: _____ **Physician Name:** _____
Seguro de Salud Si No Nombre de la compañía Nombre del médico
Have you ever been to: Mental Health: Yes No a Psychiatrist: Yes No a Drug/Alcohol clinic: Yes No
Ha sido tratado por Salud Mental Si No por Psiquiatra Si No en clínica de droga/alcohol Si No
Medication(s): (please list all): _____ Specific drug(s) for which you were treated:
Medicamentos: (por favor enumérelos todos): Droga(s) específica(s) por las que fue tratado

Military Service: Yes No If yes, branch: _____ Active or Veteran
Servicio Militar Si No Sucursal Activo Veterano
Discharge Type: _____
Tipo de baja

Religion _____
Religión

Do you own or have access to a vehicle: Yes No If yes, License Plate No: _____ State: _____
Es dueño o tiene acceso a un automóvil Si No # de la registraci3n Estado
Year: _____ **Make:** _____ **Model:** _____ **Color:** _____
Año Marca Modelo Color
Description: _____
Descripci3n