

1 Nombre de la persona protegida: Solo para información**2** Nombre de la persona restringida: _____

Abogado de la persona restringida (si tiene un abogado para este caso):

Nombre: _____ Núm. del Colegio de Abogados: _____

Dirección (Dirección del abogado o dirección de la persona restringida. No ponga una dirección que se debe mantener privada.):

Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección de email: _____

El programa llenará los puntos 3 a 5.**3** Programa para maltratadores

a. Nombre del programa: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____

Teléfono: _____

Fecha del informe: _____ Fecha de admisión: _____ Fecha de inicio de clases: _____

b. Este programa de 52 semanas es aprobado por el Departamento de Condena Condicional bajo la sección 1203.097 del Código Penal.

*AL PERSONAL DEL PROGRAMA: Si opta por proporcionar otro informe que contenga toda la información del punto 4, pase al punto 5 y adjunte su informe. No se olvide de poner su nombre, puesto en el trabajo, firma y fecha al final de este formulario.***4** Asistencia y progreso en el programa

a. Cantidad de sesiones completadas: _____ Cantidad de sesiones faltadas: _____

De las sesiones faltadas, ¿cuántas fueron justificadas? _____

b. La persona del punto 2 está participando en el programa y se espera que lo termine para el (fecha): _____c. La persona del punto 2 completó con éxito el programa el (fecha): _____d. La persona del punto 2 fue dada de baja del programa el (fecha): _____, por la siguiente razón (explique): _____**5** Informe optativo El informe adjunto incluye toda la información requerida bajo la sección 6343 del Código de Familia de California.**AVISO AL PROVEEDOR DEL PROGRAMA**

NO se debe usar este formulario para divulgar información (por ejemplo: información médica o de salud) protegida bajo las leyes estatales o federales sin autorización apropiada por escrito de la persona indicada en el punto 2.

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de California que la información en este formulario es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Fecha: _____

(NOMBRE Y PUESTO EN EL TRABAJO A MÁQUINA O LETRA DE MOLDE)



(Firma del personal del programa)

**Solo para
información****No entregue
a la corte**

Ponga el nombre y dirección de la corte:

**Corte superior de California,
condado de**El secretario pone el número de caso cuando
se presente el formulario.**Número de caso:****No entregue a la corte**