

**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**