ORIENTATION TO SUPERVISION

Client Name_____ Date _____

VERIFICATION OF GENERAL ORIENTATION

The following items have been read and/or explained to me and I fully understand my obligations to comply with them:

1. I understand that during the initial forty-five days of my supervision an assessment will be conducted by my officer using the LSI-R/ASUS, that the results will be discussed with me, and that a transition plan will be developed to address any identified criminogenic needs. The availability of community-based resources to address my needs will also be discussed. However, I may be referred for an evaluation or program prior to this assessment.

2. I have discussed with my officer the importance of structuring my time with pro-social activities. I understand that employment is a pro-social activity that can increase the likelihood of my success under supervision. I agree to maintain employment or participate in other approved pro-social activities for the duration of my supervision.

3. I have read, or had read to me, the rules and conditions of my supervision as ordered by the court or releasing authority.

4. My officer has reviewed with me the eligibility requirements for statutory termination of my supervision and how my behavior in addressing identified criminogenic needs and in complying with rules and conditions can result in advanced termination of supervision.

5. I understand that all monies paid to the Department of Corrections shall be paid in the form of a cashier's check or money order, made payable to "Department of Corrections' Restitution" and will be submitted to my supervising officer. I will keep all receipts for all court related payments and will provide such as documentation of court related payments.

6. I have discussed with my officer how and where to file a grievance and have received the name of my officer's immediate supervisor. **My officer's supervisor's name and number is**:
_____.

7. I understand that supervision services are available to me 24 hours a day as explained by my officer and I have been provided a manner in which to contact my officer outside of normal office hours.
My officer's contact number is:
_____.

INITIAL SUPERVISION PLAN

I have discussed initial reporting requirements with my officer and agree to report as directed. If I am unable to keep a scheduled appointment, I will notify my officer as soon as possible.

The following are my scheduled appointments for the next sixty days:

Date and Time	Purpose of Meeting
	Orientation Appointment (15 days)
	Assessment Interview (45 days)
	Home Visit (45 days)
	Transition Plan Completion (60 days)

I agree to pay all costs as ordered by the Court. These costs may include court costs, VCA, mental health fees, etc. If I have not established a payment plan with the court clerk, I will do so within the next thirty days and will thereafter comply with the payment plan. If I become delinquent in the payment of court ordered costs, I will notify my officer. I agree to submit these payments to:

_____

_____

INITIAL SUPERVISION PLAN Continued…

MONTHLY FEE SCHEDULE:

	Amount per Month	Beginning	Recipient	Total Amount
Supervision	$40.00		Dept. of Corrections	N/A
Restitution				

I understand that I am responsible for complying with any court ordered evaluations, assessments, treatment programs, or other service programs as ordered, to include: drug/alcohol assessment, mental health assessment, anger management, GED or adult education, etc. If so ordered, I will contact the following program provider by phone or in person in order to schedule and intake/assessment.

Provider name: _____

Provider contact person: _____

Phone number: _____

I must contact the above provider by _____.

I understand that I have the following court ordered obligations and that I will comply with any directive from my officer in order to meet these obligations:

- ☐ _____ hours of community service to be completed by _____.
- ☐ Ignition interlock
- ☐ Electronic monitoring (GPS, continuous alcohol monitoring)
- ☐ DNA testing
- ☐ Sex/Violent Offender Registration
- ☐ Other: _____

I agree to actively participate with my officer in the evaluation and assessment process as discussed and will make myself available as necessary for this process. I will provide all information requested for use in the evaluation/assessment process and will, based on the evaluation results, participate in the development of a Transition Plan that will serve to guide my supervision period.

My signature below indicates that I have had the information explained to me and that I have participated in the development of the Initial Supervision Plan and I have received a copy of this document.

_____ _____
Client Signature Officer Signature

ORIENTATION TO SUPERVISION

Nombre del cliente_____ Fecha _____

Verificaciòn de Orientaciòn General

Los siguientes artìculos han sido leìdos y/o explicados a mì y yo comprendo mis obligaciones completamente para cumplir con ellos:

1. Entiendo que durante los primeros cuarenta y cinco días iniciales de mi supervision, mi official me hará una evaluación usando el LSI-R/ASUS, que los resultados serán discutidos conmigo, y que un plan para mi supervision será desarrollado para identificar y responder a las necesidades criminogénicas identificadas por la evaluación (plan de trancisión). Recursos disponibles en la comunidad también serán discutidos en este momento.

2. He discutido con mi oficial la importancia de estructurar mi tiempo libre en cosas constructivas y sociables. Entiendo que el empleo es algo positivo que puede ayudarme a tener éxito en mi supervisión. Estoy de acuerdo en trabajar tiempo complete si es posible o si no, en usar mi tiempo en maneras sociables positivas de acuerdo con mi oficial durante mi tiempo de supervisión.

3. He leído, o me han leído, las reglas y condiciones de mi supervisión segun las ordenes de la corte u otra autoridad legal.

4. Mi oficial me ha explicado los requisitos para ser elegible a discontinuar la supervision de mi caso segun las leyes del estado. También cómo mi comportamiento en disminuyendo mis necesidades criminogénicas y en cumpliendo con las leyes y las condiciones puede resultar en una discontinuación de mi supervisión antes del tiempo previsto. He discutido con mi oficial la disponibilidad de los recursos en la comunidad segun las necesidades identificadas por mi evaluación.

5. Entiendo que todo el dinero pagado al Departamento de Correcciones será pagado en la forma de cheque de cajero o un giro postal a nombre de "Department of Corrections" y sera dado a mi official. Recibos para todos los gastos relativos a pagos de la corte serán mantenidos por mi.

6. He discutido con mi oficial cómo y dónde presentar una queja y he recibido el nombre del supervisor inmediato de mi oficial. **El nombre y número de teléfono del supervisor de mi oficial es**:
_____.

7. Entiendo que los servicios de supervisión serán disponibles a mí 24 horas al día como explicado por mi oficial y que el(ella) me dará alguna forma de contactarlo(a) fuera de las horas de negocio. **Este número de teléfono para contactar a mi oficial es:**
_____.

Plan de Supervisión Inicial

Yo he discutido los requisitos iniciales acerca de reportarse con mi official y estoy de acuerdo en reportarme segun el(ella) me dirige. Si no puedo asistir a la cita, notificaré a mi oficial lo antes posible.

Los siguiente son mis citas programadas para los próximos sesenta días:

fecha y hora	Propósito de cita
	Orientación
	Entrevista para evaluación
	Visita de casa
	Cumplimiento del plan de transición

Acepto pagar todos los gastos requeridos por la corte. Estos gastos podrían incluir gastos de corte, VCA, honorarios de salud mental, etcétera. Si no he hecho ya un plan de pago con el oficial de la corte, lo haré en los treinta proximos días y obedeceré el plan de pago de allí en adelante. Si me retraso en los pagos a la corte, notificaré a mi oficial. Acepto enviar estos pagos a :

_____

_____

Plan inicial de supervision continuado…

Programa de honorarios mensuales:

	Cantidad Por més	Empieza	A nombre de	Cantidad total
Supervisión	$40.00		Department of Corrections	N/A
Restitución				

Entiendo que soy responsable de cumplir con cualquier evaluacion pedida por la corte, programas de tratamiento, u otros programas pedidos por la corte, incluyendo: evaluación de drogas/alcohol, evaluación del salud mental, el control del enojo, GED (educación para adultos), etcétera. Si la corte lo require, me pondre en contacto con el siguente proveedor del programa por teléfono o en persona para hacer una cita para mi evaluación.

El nombre del proveedor: _____

Persona de contacto del proveedor: _____

El número de teléfono : _____

Entiendo que tengo las siguientes obligaciones como orden de la corte y que obedeceré cualquier directivo de mi oficial para cumplir estas obligaciones:

- ☐ _____ Horas del servicio de la comunidad que debe ser cumplidas antes de _____.
- ☐ Enclave para la ignición (de vehiculo)
- ☐ Supervisión electronica (GPS) o Sistema continuo de monitoreo de alcohol
- ☐ Prueba de ADN
- ☐ Registro por ofensas violentas o sexuales.
- ☐ Otro: _____

Acepto participar con mi oficial en la evaluación y estaré disponible segun sea necesario para este proceso. Daré toda la información pedida para usar en el proceso de evaluación y participaré en el desarrollo de un plan de transición que servirá para guiar mi tiempo de supervisión, segun los resultados de evaluación.

Mi firma indica que me han explicado la información y que he participado en el desarrollo del plan de supervisión inicial y he recibido una copia de este documento.

_____ _____
Firma de cliente Firma de oficial