TRIBUNAL SUPERIOR DEL ESTADO DE WASHINGTON EN KING COUNTY

ESTADO DE WASHINGTON, Actor)
) Núm. de causa:
)
 c/) Núm. de causa penal:
) CUMPLIMIENTO DE PENA EN PRISIÓN,
) WORK EDUCATION
 Acusado) RELEASE (WER), ELECTRONIC HOME
) DETENTION (EHD), COMMUNITY CENTER
) FOR ALTERNATIVE PROGRAMS (CCAP) O
) COMMUNITY WORK PROGRAM (CWP)

CANTIDAD DE CARGOS: 1. _____
 2. _____
 3. _____

POR LA PRESENTE, SE ORDENA QUE el acusado deberá cumplir una pena de _____ días en total en KING COUNTY JAIL de la siguiente manera:

- Cumplir una pena de prisión de _____ días con reducción de condena por plazo cumplido en prisión preventiva.
 - simultáneos
 - consecutivos con otras formas de cumplimiento de pena
- Debe presentarse en la prisión a más tardar el día _____.

SE ORDENA QUE EL ACUSADO PARTICIPE DURANTE _____ DÍAS EN LOS SIGUIENTES PROGRAMAS ALTERNATIVOS, SEGÚN SE INDICA:

- Work Education Release (WER, Liberación para Educación y Trabajo)
 - Debe presentarse a más tardar el día _____.
- Electronic Home Detention (EHD, Detención Domiciliaria Electrónica)
 - Debe presentarse a más tardar el día _____.

Enviar la
WER 206-296-1797
CCAP 206-205-0761
CWP 206-205-0535

Enviar copias a:
King County Jail
Fiscal
Acusado
Abogado defensor

Debe presentarse al Community Work Program (CWP, Programa de Trabajo Comunitario) durante ____ días y seguir el cronograma establecido por la administración del Community Work Program.

Llame al **(206)-477-0667** para realizar la orientación telefónica antes del día _____.

Debe cumplir con la cantidad de días estipulados antes del _____ (fecha)
(fecha)

Debe presentarse al Community Center for Alternative Programs (CCAP, Centro Comunitario de Programas Alternativos) durante el período que se indica a continuación. El CCAP se ubica en el primer piso de Yesler Building, 400 Yesler Way, Seattle, **(206) 477-0670**.

PARA INGRESAR EN YESLER BUILDING, ACCEDA DESDE TERRACE AVENUE.

_____ Días de actividad de los programas del CCAP, que fijará el personal diurno.

Hora en la que debe presentarse: 9:00 a. m.

Usted quedará sujeto a todas las demás condiciones de su acuerdo de participación con el tribunal de tratamientos de drogas.

Otro: _____

_____.

ORDEN DICTADA EN _____ DÍAS DE 20
AUDIENCIA PÚBLICA A _____ DEL
LOS _____ MES DE _____

Juez

_____ Firma del acusado	_____ Fecha de nacimiento	_____ Fiscal	_____ Número de
_____ Dirección, ciudad, estado, código postal		_____ Abogado defensor	_____ Número de
_____ Número de teléfono			

Hablo el idioma _____ con fluidez y traduje la totalidad de este documento del inglés a ese idioma para el acusado. El acusado reconoce que comprende tanto la traducción como el objeto del presente documento. Certifico, bajo pena de perjurio, en virtud de las leyes del estado de Washington, que lo que antecede es veraz y correcto.

Intérprete: _____, King County, Washington