King County

Department of Adult and Juvenile Detention

Community Corrections Division

Electronic Home Detention Program
516 3rd Avenue, Room 1028

Seattle, WA 98104

Ngày Hẹn:_____

Thời Gian Hẹn:_____

_____

Tên Viết Hoa

(206) 296-1240 (V)

(206) 296-1797 (F)

KING COUNTY DEPARTMENT OF ADULT AND JUVENILE DETENTION
Community Corrections Programs- Electronic Home Detention (EHD)

Tài liệu phát tay về thông tin và việc đăng ký có trong gói này được sử dụng như các biểu mẫu đăng ký chính thức cho chương trình Electronic Home Detention (Quản Chế Tại Nhà Bằng Thiết Bị Điện Tử). Nếu quý vị không hiểu một số biểu mẫu hoặc chính sách, người phỏng vấn sẽ trả lời các câu hỏi của quý vị trong buổi phỏng vấn đầu vào hoặc buổi định hướng chương trình. Không ký trước vào bất kỳ biểu mẫu nào, vì nhân viên phụ trách phỏng vấn sẽ chứng kiến chữ ký của quý vị tại cuộc hẹn đầu vào.

Khi quý vị điền vào các biểu mẫu, hãy cố gắng hoàn thành chúng thật đầy đủ và chính xác. Việc này sẽ tạo điều kiện thuận lợi đáng kể cho việc xử lý hồ sơ của quý vị thành EHD và quý vị có thể trình một bộ hồ sơ đăng ký đã hoàn chỉnh cho nhân viên phụ trách đầu vào. Vui lòng đến đúng giờ và mang theo các giấy tờ đã hoàn thiện của quý vị.

Quý vị phải cố gắng hết sức để giữ đúng lịch hẹn của mình. Nếu không giữ đúng lịch hẹn, quý vị có thể phải báo cáo với King County Jail để bắt đầu việc thụ án của mình. Chúng tôi sẽ không sắp xếp lại một cuộc hẹn khác cho quý vị như thường lệ.

KHÔNG MANG THEO TRẺ EM HOẶC PHÍ CHƯƠNG TRÌNH KHI QUÝ VỊ THAM GIA PHỎNG VẤN

Sửa đổi ngày 15/07

THÔNG BÁO CHO TẤT CẢ ỨNG VIÊN EHD TIỀM NĂNG

Luật Tiểu Bang Washington yêu cầu Department of Adult and Juvenile Detention (DAJD, Phòng Giam Giữ Người Trưởng Thành và Trẻ Vị Thành Niên) thực hiện ngẫu nhiên các chuyến thăm trực tiếp đối với tất cả người tham gia EHD.

Nếu được chấp nhận tham gia chương trình, quý vị phải hợp tác với các chuyến thăm ngẫu nhiên tại nhà/nơi làm việc. Nhân viên quản lý hồ sơ được phân công của quý vị sẽ giải thích điều này chi tiết hơn sau khi quý vị được chấp nhận vào chương trình EHD.

Bảng Thông Tin Cá Nhân

Tên Khách Hàng:	**Bí Danh:**
Địa Chỉ Đường:	**Điện Thoại:**
Thành Phố/Tiểu Bang:	**Mã Zip:**
Người Phối Ngẫu/Bạn Cá Nhân:	
Địa Chỉ Đường/Căn Hộ:	**Điện Thoại:**
Thành Phố/Tiểu Bang:	**Mã Zip:**
Nơi Làm Việc:	**Điện Thoại:**
Mẹ:	
Địa Chỉ Đường/Căn Hộ:	**Điện Thoại:**
Thành Phố/Tiểu Bang:	**Mã Zip:**
Nơi Làm Việc:	**Điện Thoại:**
Cha:	
Địa Chỉ Đường/Căn Hộ:	**Điện Thoại:**
Thành Phố/Tiểu Bang:	**Mã Zip:**
Nơi Làm Việc:	**Điện Thoại:**
Tên Người Thân/Mối Quan Hệ:	
Địa Chỉ Đường/Căn Hộ:	**Điện Thoại:**
Thành Phố/Tiểu Bang:	**Mã Zip:**
Người Thân/Mối Quan Hệ:	
Địa Chỉ Đường/Căn Hộ:	**Điện Thoại:**
Thành Phố/Tiểu Bang:	**Mã Zip:**
Tham Khảo Cá Nhân là Những Người Quý Vị Thường Xuyên Gặp:	
Địa Chỉ Đường/Căn Hộ:	**Điện Thoại:**
Thành Phố/Tiểu Bang:	**Mã Zip:**
Nơi Làm Việc:	**Điện Thoại:**
Tham Khảo Cá Nhân là Những Người Quý Vị Thường Xuyên Gặp:	
Địa Chỉ Đường/Căn Hộ:	**Điện Thoại:**
Thành Phố/Tiểu Bang:	**Mã Zip:**
Nơi Làm Việc:	**Điện Thoại:**

Việc Cung Cấp Thông Tin Không Đầy Đủ, Không Chính Xác hoặc Sai Sự Thật Là Nguyên Nhân Dẫn Đến Việc Không Đủ Điều Kiện, Bị Từ Chối và/hoặc Bị Loại Khỏi Chương Trình.

Chữ Ký _____Ngày_____ Nhân Chứng _____

TRƯỜNG HỢP GIỚI NGHIÊM NGOẠI LỆ

Các Chương Trình Cải Huấn Cộng Đồng là sự thay thế cho việc bỏ tù. Quý vị đã nhận được lệnh thụ án tại nhà và trong khi tham gia Electronic Home Detention (EHD) hoặc Work Crew Program (Chương Trình Nhóm Làm Việc), việc di chuyển ra vào nhà của quý vị sẽ bị hạn chế và quý vị sẽ không được phép ra vào tự do như mong muốn.

Các trường hợp giới nghiêm ngoại lệ là những sự kiện (cuộc hẹn nha khoa, cắt tóc, giặt là, v.v.) chỉ diễn ra một lần thay vì thường xuyên và phải thông báo cho nhân viên. Nếu bản án của quý vị là 30 ngày hoặc ít hơn, quý vị phải trình bày tất cả trường hợp giới nghiêm ngoại lệ diễn ra thường ngày tại thời điểm quý vị được đăng ký vào Chương Trình. **KHÔNG CÓ NGOẠI LỆ NÀO** được cấp một khi quý vị tham gia chương trình, trừ trường hợp khẩn cấp thực sự, chẳng hạn như cấp cứu y tế.

LỆNH CHẤP NHẬN ĐẶC BIỆT VÀ THAY ĐỔI LỆNH GIỚI NGHIÊM: Tất cả lệnh chấp nhận, thay đổi lịch trình, v.v. phải được gọi điện thông báo **TRƯỚC TỐI THIỂU HAI (2) NGÀY LÀM VIỆC,** theo chính sách được nêu trong đoạn trên. Trường hợp ngoại lệ sẽ được giới hạn trong các trường hợp khẩn cấp liên quan đến y tế và cảnh sát.

CHO PHÉP LÀM THÊM GIỜ: Tất cả thời gian làm thêm giờ chưa được nhân viên quản lý hồ sơ của quý vị chấp thuận trước đây, cần phải được xác minh bằng cách gọi lại ngay lập tức cho số liên hệ của chủ lao động được liệt kê của quý vị. Vui lòng chuẩn bị sẵn thông tin này khi quý vị gọi đến số điện thoại khẩn cấp để yêu cầu làm thêm giờ khẩn cấp. Hãy nhớ rằng: **NẾU CHÚNG TÔI KHÔNG THỂ LIÊN LẠC ĐƯỢC VỚI CHỦ LAO ĐỘNG THEO SỐ LIÊN HỆ TRONG DANH SÁCH, QUÝ VỊ SẼ KHÔNG THỂ LÀM VIỆC THÊM GIỜ.**

LỆNH CHẤP NHẬN MUA SẮM VÀ GHÉ THĂM VĂN PHÒNG: Hai loại lệnh chấp nhận này chỉ có thể được sắp xếp hoặc thay đổi bởi nhân viên quản lý hồ sơ được chỉ định của quý vị. Các thay đổi đối với những lệnh chấp nhận đã được lên lịch này sẽ không được cấp trừ khi cần thay đổi khẩn cấp.

CÁ NHÂN HOẶC GIA ĐÌNH BỊ BỆNH: Nếu quý vị ở nhà và không phải đi làm, đến trường hoặc tới các điểm đến được phép khác do bị ốm, thì quý vị phải gọi cho nhân viên quản lý hồ sơ được chỉ định của mình để báo cáo việc này.

Việc tham gia EHD và Work Crew là theo lệnh của tòa án và yêu cầu mức độ trách nhiệm cao của người tham gia. Sự hợp tác của quý vị với các quy trình này sẽ giúp đảm bảo quý vị tham gia chương trình thành công.

Chữ Ký

_____

Chữ Ký Khách Hàng Ngày

_____

Chữ Ký Nhân Viên Ngày

ĐIỀU KIỆN DÀNH CHO NGƯỜI THAM GIA EHD CỦA THOẢ THUẬN

Tôi,_____, với đầy đủ kiến thức về các quy định và hạn chế của chương trình, tự nguyện đồng ý tham gia Department of Adult and Juvenile Detention Electronic Home Detention Program (EHD). Bằng cách này, tôi đồng ý tuân thủ tất cả quy tắc của chương trình và các điều kiện sau của thỏa thuận này. Tôi hiểu rằng việc không tuân thủ bất kỳ quy tắc hoặc điều kiện nào của chương trình sẽ dẫn đến hình thức kỷ luật đối với tôi, có thể bao gồm việc bị loại khỏi Chương Trình, bị tống giam trong thời gian còn lại của bản án và/hoặc nộp các cáo buộc hình sự đối với tôi.

1. Tôi hiểu rằng việc tôi tham gia chương trình này yêu cầu rằng tôi phải được quản lý bởi King County Jail trước khi được xếp vào EHD.

2. Tôi hiểu rằng vòng đeo cổ tay hoặc cổ chân không thể tháo rời sẽ giám sát sự tham gia của tôi trong chương trình này. Hệ thống vòng đeo cổ tay hoặc cổ chân không thể tháo rời này sẽ được đeo 24 giờ mỗi ngày trong suốt thời gian tôi tham gia chương trình. Tôi hiểu thêm rằng nơi ở của tôi sẽ được giám sát bởi các thiết bị điện tử do BI Inc., người được chỉ định của Department of Adult and Juvenile Detention, vận hành.

3. Quý vị phải có điện thoại nhà riêng hoặc điện thoại di động để nhân viên EHD có thể liên lạc với quý vị 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Quý vị cũng phải có nguồn điện để thiết bị có thể được cắm 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần (cần có nguồn điện liên tục). Trong trường hợp nơi ở của quý vị không có dịch vụ di động ổn định, quý vị sẽ được yêu cầu có điện thoại cố định.

4. Tất cả chi phí của bộ chuyển đổi đặc biệt cần thiết cho việc lắp đặt thiết bị điện tử có thể được tính cho tôi.

5. Tôi đồng ý không giả mạo, ngắt kết nối, di chuyển hoặc gỡ bỏ bất kỳ thiết bị giám sát nào, (bao gồm điện thoại và dây nguồn), được giao cho tôi. Tôi hiểu rằng việc giả mạo hoặc gỡ bỏ bất kỳ thiết bị giám sát nào được coi là cơ sở để buộc tội hành vi Cố Ý Phạm Tội (Bỏ Trốn) và/hoặc bị loại khỏi Chương Trình EHD.

6. Tôi hiểu rằng việc mất tín hiệu từ bên nhận hoặc việc thiết bị giám sát nhận được tín hiệu giả mạo sẽ được coi là tôi đã vi phạm lệnh giới nghiêm của mình và tôi hiểu thêm rằng bất kỳ bản in nào từ máy tính về thông tin vi phạm hoặc bản fax của chúng đều có thể được sử dụng làm bằng chứng, nếu có thể cần thiết, để chứng minh rằng đã có vi phạm xảy ra.

7. Nếu tôi biết có bất kỳ thiết bị điện tử nào được giao cho tôi không hoạt động hoặc bị hỏng, hay nếu điện thoại của tôi bị tắt nguồn ở nơi tôi cư trú, tôi sẽ thông báo cho nhân viên Chương Trình ngay lập tức khi biết về tình huống này.

8. Tôi đồng ý trả lời tất cả cuộc gọi trong vòng 20 phút. Tôi hiểu rằng tất cả cuộc gọi do thiết bị giám sát thực hiện đều được ghi lại.

9. Tôi đồng ý không thay đổi nơi cư trú hoặc số điện thoại của mình trong suốt thời gian tham gia chương trình này mà không được sự cho phép trước của nhân viên Chương Trình.

   Tôi đồng ý thêm rằng bất kỳ chi phí nào phát sinh trong việc di dời và/hoặc cài đặt lại thiết bị giám sát điện tử sẽ do tôi chịu trách nhiệm.

10. Tôi đồng ý tuân thủ tất cả giới hạn giới nghiêm được đặt ra cho tôi trong quá trình tham gia chương trình này. Tôi hiểu rằng tôi phải ở tại nơi cư trú của mình mọi lúc, ngoại trừ những giờ được chỉ định để tôi hoàn thành công việc, học tập/đào tạo, các cuộc hẹn y tế/nha khoa và/hoặc nghỉ phép đặc biệt.

11. Tôi hiểu rằng đối với bất kỳ thay đổi thường ngày nào liên quan đến lịch giới nghiêm đã được phê duyệt của tôi, tôi có trách nhiệm liên hệ với nhân viên được chỉ định phù hợp trước khi ra khỏi lịch giới nghiêm đã được phê duyệt của tôi để thay đổi được chấp thuận và thực hiện. Nếu không làm như vậy thì tôi sẽ vi phạm lệnh giới nghiêm và có thể bị kỷ luật. Những thay đổi thường ngày bao gồm nhưng không giới hạn ở thay đổi về lịch trình do làm việc thêm giờ, các cuộc hẹn y tế/nha khoa, thay đổi giờ/ngày làm việc, v.v.

12. Trong trường hợp thực sự khẩn cấp, tôi sẽ liên hệ với nhân viên của Department of Adult and Juvenile Detention (DAJD) theo số (206) 296-0540 để xin phép được ra khỏi giờ giới nghiêm của tôi. Tất cả trường hợp khẩn cấp sẽ yêu cầu giấy tờ của cơ quan y tế.

13. Tôi đồng ý báo cáo với Chương Trình EHD về bất kỳ sự cố nào tại nơi cư trú của tôi, nơi cảnh sát, cứu hỏa hoặc các đơn vị y tế khẩn cấp được gọi để ứng phó hoặc nơi an toàn cho cá nhân đang gặp nguy hiểm.

14. Tôi đồng ý báo cáo với văn phòng của Chương Trình EHD theo lịch trình thường xuyên đã lập hoặc bất cứ khi nào nhân viên yêu cầu. Nếu có chuyến thăm được nhân viên yêu cầu đặc biệt, tôi sẽ được cho đủ thời gian đi lại mà tôi dự kiến báo cáo.

15. Tôi hiểu rằng trong thời gian tham gia chương trình này, tôi có thể đủ điều kiện để được đặc cách rời khỏi nơi cư trú của mình. Tôi sẽ phải cung cấp địa chỉ và số điện thoại để có thể liên lạc với tôi trong thời gian ra khỏi nơi cư trú này.

16. Tôi đồng ý báo cáo với nhân viên về bất kỳ loại thuốc nào có thể được kê cho tôi trong thời gian tôi tham gia.

    Tôi đồng ý nộp xét nghiệm rượu bia và/hoặc ma túy khi được yêu cầu.

17. Tôi đồng ý tuân thủ bất kỳ kế hoạch việc làm, trường học, đào tạo, y tế và/hoặc trị liệu nào đã phê duyệt như một điều kiện để tôi được chấp nhận tham gia chương trình.

18. Tôi hiểu rằng nhân viên của Chương Trình EHD có thể liên hệ với chủ lao động, người hướng dẫn và/hoặc chuyên gia trị liệu của tôi để theo dõi hiệu quả hoạt động hoặc sự tiến bộ của tôi.

19. Tôi hiểu rằng việc tôi tham gia Chương Trình EHD sẽ phụ thuộc vào việc tôi phải trả một khoản phí Chương Trình được chỉ định. Tôi đồng ý trả khoản phí này đều đặn, như được quy định bởi nhân viên quản lý hồ sơ của tôi. Chỉ thanh toán khoản phí này bằng lệnh chuyển tiền, séc đã xác nhận hoặc tiền mặt. Chủ lao động của tôi, theo yêu cầu, sẽ gửi tiền lương của tôi qua đường bưu điện, tới Department of Adult and Juvenile Detention, Community Corrections Program.

20. Tôi hiểu rằng tôi sẽ phải trả toàn bộ chi phí cho Department of Adult and Juvenile Detention, đối với việc mất mát hoặc hư hỏng bất kỳ thiết bị giám sát điện tử nào được giao cho tôi. (Chi phí thay thế mà tôi phải trả sẽ tương xứng với giá trị thị trường hiện tại của thiết bị.) Ngoài ra, tôi hiểu rằng tôi có thể bị truy tố ở mức độ đầy đủ của pháp luật đối với hành vi trộm cắp và/hoặc làm hư hỏng bất kỳ thiết bị giám sát điện tử nào được giao cho tôi và không được trả lại.

21. Tôi hiểu rằng bất cứ lúc nào tôi cũng có thể phải thực hiện xét nghiệm nước tiểu hoặc kiểm tra hơi thở theo của lệnh của tòa. Ngoài ra, nếu tôi từ chối hoặc không cung cấp mẫu trong thời hạn được hướng dẫn, tôi sẽ bị giam giữ hoàn toàn về mặt quản lý.

22. Tôi hiểu rằng tôi có thể bị giới hạn khỏi một số khu vực nhất định của nơi cư trú hoặc tòa nhà của tôi, nếu không thể giám sát tôi trong những khu vực đó. Việc không tránh xa các khu vực này có thể là cơ sở khiến tôi bị loại khỏi Electronic Home Detention Program.

Các điều kiện trên đã được tôi đọc hoặc được đọc cho tôi nghe, tôi hiểu và đã nhận được một bản sao của chúng và tôi đồng ý tuân thủ các điều kiện đó.

Chữ Ký:

_____ _____

Chữ Ký Khách Hàng Ngày

_____

Chữ Ký Nhân Viên Ngày

KING COUNTY DEPARTMENT OF ADULT AND JUVENILE DETENTION
Community Corrections Division – Electronic Home Detention Program
Thoả Thuận Tài Chính

Với tư cách là người tham gia King County Department of Adult and Juvenile Detention, tôi, _____trong khi lập chương trình Electronic Home Detention Program (EHD), tôi đồng ý trả $_____mỗi ngày cho mỗi ngày tôi tham gia chương trình. Số tiền trên phải được thanh toán ít nhất hàng tuần và phải được thanh toán trước khi đăng ký lần đầu. Tôi cũng đồng ý thực hiện thanh toán đều đặn trước ít nhất một tuần trong suốt thời gian của chương trình. Tôi hiểu rằng tất cả khoản phí phải trả cho Department of Adult and Juvenile Detention dưới hình thức:

1. **LỆNH CHI TIỀN**
2. **SÉC ĐÃ XÁC NHẬN**
3. **TIỀN MẶT**

Vui lòng lưu ý rằng: Séc cá nhân sẽ không được chấp nhận

Chữ Ký:

Chữ Ký Khách Hàng_____

Ngày

Chữ Ký Nhân Viên Ngày

DEPARTMENT OF ADULT AND JUVENILE DETENTION
ELECTRONIC HOME DETENTION

Tuyên Bố Hiểu Rõ Về Việc Nghỉ Phép Được Cho Phép

Giờ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 sáng đến 4:00 chiều. Quý vị có thể gọi cho nhân viên quản lý hồ sơ của mình trong những giờ này để xin nghỉ phép. (206) 296-0540 là số điện thoại **CHỈ** dùng để gọi thông báo khẩn cấp ngoài giờ làm việc và cuối tuần.

Nếu quý vị cần điều chỉnh lịch trình của mình, công việc, cuộc hẹn đã được phê duyệt trước hoặc trường hợp khẩn cấp 911, quý vị **PHẢI** có sự cho phép bằng lời trước 48 giờ từ nhân viên quản lý hồ sơ hoặc người được chỉ định của quý vị, trước khi điều chỉnh lịch trình (tức là mua sắm đồ tạp hóa, đi nhà thờ, ngân hàng, v.v.).

Nếu quý vị không nhận được sự cho phép bằng lời từ nhân viên chương trình EHD, quý vị **KHÔNG THỂ ĐI**. Nếu quý vị không tuân thủ chính sách này, hành động của quý vị sẽ được coi là Bỏ Trốn Nghiêm Trọng, quý vị có thể bị buộc tội và nếu bị kết tội thì có thể phải đối mặt với mức án tối đa 10 năm.

Để tránh bị phạt như trên, hãy mang tất cả hồ sơ yêu cầu thay đổi lịch trình đến cuộc hẹn tại văn phòng của quý vị với nhân viên EHD.

BỎ TRỐN khỏi Electronic Home Detention Program

RCW 9A.76.110 – Bỏ Trốn ở Mức Độ 1

Một người phạm tội bỏ trốn ở mức độ một nếu người đó cố ý trốn khỏi nơi giam giữ hoặc cơ sở giam giữ trong khi đang bị giam giữ do bị kết án trọng tội hoặc một tội danh vị thành niên tương đương.

RCW 91.76.120 – Bỏ Trốn ở Mức Độ 2

Một người phạm tội bỏ trốn ở mức độ hai nếu:

(a) Người đó cố ý trốn khỏi cơ sở giam giữ; hoặc

(b) Đã bị buộc tội với một trọng tội hoặc tội danh vị thành niên tương đương, người đó cố ý trốn khỏi nơi giam giữ; hoặc

(c) Đã phạm tội theo chương 10.77 Revised Code of Washington (RCW, Bộ Luật Sửa Đổi của Washington) về tội quấy rối tình dục, bạo lực hoặc trọng tội và đang được thi hành lệnh dưới hình thức thả tự do có điều kiện, người đó cố ý rời khỏi hoặc vắng mặt tại tiểu bang Washington mà không có sự cho phép trước của tòa án.

RCW 9.A.76.130 – Bỏ Trốn ở Mức Độ 3

Một người phạm tội bỏ trốn ở mức độ thứ ba nếu người đó trốn khỏi nơi giam giữ.

Tôi,_____, theo đây xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu các quy tắc của chương trình EHD/WER. Tôi cũng xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu RCW 9A.76.110 và 9A.76.120 và 9.A.76.130 ở trên. Tôi hiểu rõ thêm rằng việc vi phạm các quy tắc của chương trình Quản Chế Tại Nhà Bằng Thiết Bị Điện Tử và/hoặc Đi Học và Làm Việc trong Thời Gian Chấp Hành Án sẽ dẫn đến việc bị kỷ luật. Hơn nữa, nếu tôi bỏ đi, rời đi mà không có sự cho phép thích hợp, không trở lại hoặc bỏ trốn khỏi nơi cư trú đã được chấp thuận của mình hoặc bất kỳ cơ sở hay người nào mà tôi đã cam kết trả phí, tôi sẽ bị xem là Bỏ Trốn theo RCW ở trên và sẽ bị truy tố vì tội danh đã nêu.

Chữ Ký:_____ Ngày: _____

Chữ Ký Nhân Viên: _____ Ngày: _____

DEPARTMENT OF ADULT AND JUVENILE DETENTION
ELECTRONIC HOME DETENTION PROGRAM

BIỂU MẪU GIAO VÀ TRẢ THIẾT BỊ

Thiết bị giám sát điện tử sau đã được giao cho và nhận bởi tôi (người tham gia Chương Trình):

SỐ MÁY GIÁM SÁT:

_____

SỐ MÁY PHÁT:

_____

Thiết bị này là tài sản của Tập Đoàn BI (BI, Inc.) và đã được giao cho tôi bởi BI Inc. và King County Department of Adult and Juvenile Detention (DAJD), người đang giám sát bản án giám sát bằng thiết bị điện tử của tôi.

Tôi xác nhận rằng tôi biết thiết bị có giá trị (trị giá xấp xỉ

$3000.00, Máy Giám Sát và Máy Phát). Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm pháp lý và tài chính đối với thiết bị cho đến khi chúng được trả lại và được nhận một cách hợp lệ bởi BI, Inc. hoặc DAJD.

Tôi nhận thức được trách nhiệm của mình là phải chăm sóc tài sản này với khả năng tốt nhất của mình. Tôi sẽ báo cáo các vấn đề hoặc hư hỏng liên quan đến thiết bị ngay lập tức cho nhân viên của Chương Trình.

Tôi xác nhận rằng tôi có trách nhiệm bồi hoàn cho DAJD và/hoặc BI, Inc. (theo hướng dẫn) cho việc mất mát hoặc hư hỏng của thiết bị. Nếu tôi không trả lại thiết bị nguyên vẹn theo yêu cầu hoặc khi kết thúc thời hạn giám sát của tôi (tùy điều kiện nào đến trước), tôi hiểu rằng tôi sẽ bị kết tội **TRỘM CẮP NGHIÊM TRỌNG.**

Người Nhận Thiết Bị:

Tên Viết Hoa:_____

:_____

Tên Người Ký Ngày

_____:_Chữ Ký Nhân Viên
Ngày

****

******

Người Nhận Thiết Bị:

Chữ Ký Nhân Viên:_____ Ngày:_____

DEPARTMENT OF ADULT AND JUVENILE DETENTION
ELECTRONIC HOME DETENTION

HƯỚNG DẪN TRẢ THIẾT BỊ

Để biết ngày quý vị kết thúc thi hành án, vui lòng liên hệ với nhân viên quản lý hồ sơ của quý vị.

VÀO NGÀY QUÝ VỊ KẾT THÚC THI HÀNH ÁN

- Tháo thiết bị giám sát vào lúc 8:00 sáng
- Thu gom tất cả dây cắm (một dây điện thoại, một dây nguồn) và đặt cùng thiết bị giám sát vào trong túi nhựa
- Báo cáo với văn phòng EHD vào lúc 10:00 sáng.

King County Courthouse
516 – 3rd Avenue
Seattle, WA 98104

206-296-1240

Đi tháng máy lên Tầng 10, rẽ trái và đi qua cửa dẫn đến Phòng Làm Việc trong Thời Gian Thi Hành Án dành cho Nam). Nhấn chuông gọi Nhân Viên; thông báo với họ rằng quý vị đến đây để kết thúc việc thi hành Chương Trình EHD.

(Nếu ngày kết thúc thi hành án của quý vị vào Thứ Bảy, Chủ Nhật hoặc ngày lễ, quý vị cần tới Tòa Án tại lối vào 3rd Avenue.)

Tôi đã nhận được một bản sao của biểu mẫu này, tôi đồng ý và hiểu những hướng dẫn đề ra ở trên.

Chữ Ký Người Tham Gia:_____ Ngày:_____

Chữ Ký Nhân Viên:_____ Ngày:_____

THÔNG TIN ĐỊNH HƯỚNG CHO CHỦ LAO ĐỘNG

*****CHỈ DÀNH CHO CHỦ LAO ĐỘNG*****

Tên Người Lao Động_____

Tên Công Ty_____Số Điện Thoại Công Ty_____

_____

Tên Giám Sát Viên và Chức Danh (Hãy đảm bảo chữ ký có thể đọc được.)

Địa Chỉ Công Ty _____

Địa Chỉ Nơi Làm Việc_____Số Điện Thoại Nơi Làm Việc_____

Tôi hiểu rằng khi người lao động có tên ở trên là người tham gia Chương Trình Work Education Release (Đi Học và Làm Việc trong Thời Gian Chấp Hành Án)/Electronic Home Monitoring (Quản Chế Tại Nhà Bằng Thiết Bị Điện Tử), tất cả số tiền lương kiếm được trong thời gian chấp hành án phải được gửi qua đường bưu điện đến Chương Trình Community Corrections (Cải Huấn Cộng Đồng). Điều này sẽ bao gồm bất kỳ và tất cả khoản tiền kiếm được khi người lao động tham gia chương trình cho đến ngày kết thúc quản chế. Đây không phải là sự tịch thu tiền lương, mà là một yêu cầu chuyển giao thu nhập. Không gửi bất kỳ séc nào qua đường bưu điện cho đến khi được hướng dẫn.

Nếu lịch làm việc của người lao động thay đổi hàng tuần, vui lòng cho biết.

☐ CÓ ☐ KHÔNG

Nếu lịch làm việc của người lao động không thay đổi mỗi tuần, vui lòng hoàn thành lịch trình làm việc sau đây.

Giờ Làm Việc Từ Lúc Bắt Đầu đến khi Kết Thúc

	TỪ	ĐẾN	TỔNG SỐ GIỜ
Thứ Hai			
Thứ Ba			
Thứ Tư			
Thứ Năm			
Thứ Sáu			
Thứ Bảy			
Chủ Nhật			
TỔNG SỐ GIỜ ĐÃ LÀM			

(KHÔNG ĐƯỢC PHÉP LÀM VIỆC QUÁ 60 GIỜ TRONG MỘT TUẦN HOẶC QUÁ 7 NGÀY CỦA MỘT TUẦN)

Số Tiền Thanh Toán:_____ Tần suất thanh toán_____

Người lao động có được yêu cầu lái xe đi làm không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG

Người lao động có được yêu cầu rời khỏi nơi làm việc
bất kỳ lúc nào không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG

Nếu Có, vui lòng giải thích_____

Chữ Ký Giám Sát Viên _____ Ngày _____