



Interstate Compact Unit
940 N Broadway
Denver, CO 80203
303.763.2408
DOC_interstatetreatment@state.co.us

El estado de Colorado y sus Oficinas del Pacto Interestatal están obligados por el Estatuto Revisado de Colorado 17-27.1-101 que exige que se identifique a una persona adulta supervisada o no supervisada según la definición del Sistema de Seguimiento de Delincuentes del Pacto Interestatal (ICOTS) y que está en un programa de tratamiento privado en este estado.

Un programa de tratamiento privado es cualquier programa no residencial o residencial que presta servicios, tratamiento, rehabilitación, educación o tratamiento relacionado con los antecedentes penales para personas supervisadas o no supervisadas que necesitan tratamiento por consumo de sustancias, servicios de manejo de agresores sexuales o servicios en casos de violencia doméstica.

Un programa de tratamiento privado no incluye una entidad de salud conductual con licencia aprobada para prestar atención en situaciones de crisis o síndrome de abstinencia, un centro que ofrezca tratamiento para trastornos de salud mental o discapacidades intelectuales y del desarrollo.

La Oficina del Pacto Interestatal de Libertad Condicional para Adultos de CDOC usa la información obtenida del paquete de solicitud de tratamiento necesario para determinar si el cliente debe registrarse en el Sistema de Seguimiento de Delincuentes del Pacto Interestatal como delincuente de un delito grave, delincuente de ciertos delitos menores o delincuente con sentencia o fallo aplazado.

Si no se ha cumplido el requisito para que un cliente se registre en ICOTS, se puede rechazar la solicitud final para que la persona participe totalmente y complete el tratamiento según el CRS 17-27.1-101.

Es muy importante que la información del cliente se pueda leer y que se completen todas las líneas. La información del estado del delito, la fecha del delito, el delito que se cometió y los números de caso del delito son esenciales para procesar las solicitudes. Necesitamos saber si la persona está bajo la supervisión de los tribunales únicamente, si está en libertad condicional o libertad bajo palabra, o si no está supervisada. Si se necesita más información o si hay discrepancias que no se pueden resolver mediante una investigación, la solicitud se puede rechazar, pero puede volver a presentarla con la información completa más adelante. La Oficina de Libertad Condicional para Adultos de CDOC no obtendrá registros en nombre del cliente.

Las huellas dactilares y las fotografías se pueden tomar en una agencia de policía. Esto se aplica a cualquier delincuente elegible de ICOTS, supervisado o no, que esté actualmente en Colorado (incluyendo participantes de telesalud). La Oficina de Libertad Condicional para Adultos de CDOC se remite a cada programa de tratamiento privado para indicar al cliente dónde se debe presentar. Esa agencia de policía puede cobrar por este servicio y puede establecer limitaciones razonables sobre el horario y el lugar. El personal encargado de aplicar la ley deberá usar una tarjeta roja o un sistema de escaneo para generar un registro de antecedentes penales que se enviará a la CBI. Si la agencia de policía se niega a completar el proceso, se puede recurrir a una agencia de otra jurisdicción. Los clientes deben ir a una agencia de policía real para completar este proceso, si corresponde.

Incluya otra dirección de correo electrónico a la que se puedan enviar respuestas cifradas según sea necesario. Toda la correspondencia electrónica se debe enviar a doc_interstatetreatment@state.co.us





El formulario debe estar completo y ser legible, de lo contrario se devolverá.

Este documento es necesario para llenar la Solicitud de tratamiento.

Interstate Compact Unit
 940 N Broadway
 Denver, CO 80203
 303.763.2408
 DOC_interstatetreatment@state.co.us

NOTIFICACIÓN DE ASIGNACIÓN DE DELINCUENTES FUERA DEL ESTADO (C.R.S. 17-27.1-101)

Información de la agencia de tratamiento:
Nombre de agencia: _____ N.º de DRS: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____ - _____ - _____
Correo electrónico: _____
Nombre del miembro del personal: _____ Fecha: _____
Información del cliente:
Nombre completo _____ Teléfono: _____ - _____ - _____
Dirección completa de Colorado: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Lugar de nacimiento: _____ SSN: ____-____-____
Grupo étnico: _____ Sexo: ____ Altura: ____ Peso: ____ Color de ojos: ____ Color del pelo _____
¿Es el cliente residente de Colorado? SÍ <input type="checkbox"/> o NO <input type="checkbox"/>
¿Vivió el cliente en Colorado más de 1 año antes de cometer el delito? SÍ <input type="checkbox"/> o NO <input type="checkbox"/>
¿Está el cliente bajo la supervisión de un tribunal de Colorado, un oficial de libertad condicional o de libertad bajo palabra? SÍ <input type="checkbox"/> o NO <input type="checkbox"/>
Información del estado del delito:
Estado: _____ Fecha del delito: _____ Delito: _____ N.º de caso: _____
Presentencia: <input type="checkbox"/> Tribunal: <input type="checkbox"/> Libertad condicional sin supervisión: <input type="checkbox"/> Libertad condicional supervisada: <input type="checkbox"/> Libertad bajo palabra: <input type="checkbox"/>
Duración de la sentencia/supervisión: _____ Aplazada: <input type="checkbox"/> Remisión: <input type="checkbox"/> Delito menor: <input type="checkbox"/> Delito grave: <input type="checkbox"/>
Agencia que supervisa el delito: _____
Dirección: _____
Persona de contacto: _____ Teléfono: _____ - _____ - _____
Notificación de alta del programa del cliente
Fecha en que se cerró: _____ Completado: <input type="checkbox"/> Fugado: <input type="checkbox"/> Suspendido: <input type="checkbox"/>
Explicación: _____
Firma del miembro del personal: _____ Fecha: _____





El formulario debe estar completo y ser legible, de lo contrario se devolverá.

Este documento es necesario para llenar la Solicitud de tratamiento.

Interstate Compact Unit
940 N Broadway
Denver, CO 80203
303.763.2408
DOC_interstatetreatment@state.co.us

REMISIÓN CONFORME AL ESTATUTO REVISADO DE COLORADO

C.R.S. 17-27.1-101 (7.5)(a)

NOTIFICACIÓN DE REGISTRO DE ASIGNACIÓN DE DELINCUENTES FUERA DEL ESTADO

Proveedor de tratamiento: _____

Nombre del delincuente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Otro estado: ____ Delito: _____ N.º de caso: _____

Nota: Según la ley del C.R.S. 17-27.1-101

Es posible que todas las personas supervisadas y no supervisadas que el Administrador del Pacto Interestatal acepte para su asignación en programas de tratamiento privados deban presentarse ante una agencia de policía para que les tomen las huellas dactilares y les saquen fotografías.

Se le pide que se presente ante: _____ Departamento de policía/Oficina del sheriff

Dirección: _____ Piso/Nombre del departamento: _____

Fecha/Día/Hora si corresponde: _____

Aviso al personal de la policía:

Procese y escanee a esta persona usando una tarjeta ROJA o un sistema de escaneo que genere un registro de antecedentes penales cuando se envíe a la CBI. NO lo envíe a identogo.com.

Envíe las huellas dactilares a la CBI.

Las fotografías se pueden enviar a la CBI o pueden conservarlas las autoridades.

Si tiene preguntas, llame al: La Oficina del Pacto Interestatal con Libertad Condicional para Adultos,

Departamento de Correccionales de Colorado (Colorado Department of Corrections),

T. 303.763.2408 Correo E. doc_interstatetreatment@state.co.us

Gracias.

PERSONAL DE LA POLICÍA:

Firme y escriba la fecha para confirmar que se le tomaron las huellas dactilares y se fotografió a la persona mencionada arriba, según

C.R.S. 17-27.1-101 (7.5)(a)

N.º de placa/identificación: _____

Nombre del oficial o del miembro del personal (en letra de molde): _____

Firma del miembro del personal: _____ Fecha: _____





El formulario debe estar completo y ser legible, de lo contrario se devolverá.

Este documento es necesario para llenar la Solicitud de tratamiento.

Interstate Compact Unit
 940 N Broadway
 Denver, CO 80203
 303.763.2408
 DOC_interstatetreatment@state.co.us

Cuestionario para el cliente

El siguiente cuestionario deben llenarlo todos los clientes adultos que soliciten su admisión a este programa por necesidades de tratamiento específicas, según lo exige la ley de Colorado. Si se niega a cooperar o no da información completa o precisa, incluyendo la falta de firma de una revelación de información a la agencia de justicia penal remitente, el Administrador del Pacto Interestatal puede negarle la asistencia al programa de tratamiento según la autoridad del C.R.S 17-27.1-101.

Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Lugar de nacimiento: _____ SSN: ____-____-____

Firma: _____ Fecha: _____

1. ¿Está o estará bajo la supervisión de un oficial de libertad condicional o de libertad bajo palabra en Colorado? Sí o NO

2. Solo para infractores por DUI: ¿Está buscando educación o tratamiento solo para recuperar sus privilegios para conducir como resultado de una infracción por conducir bajo los efectos del alcohol o las drogas en otro estado, pero no tiene una orden judicial para hacerlo? Sí o NO

3. ¿Está usted obligado a reportar el progreso o finalización de su tratamiento a algún tribunal, Departamento de Correccionales (Department of Corrections), de Libertad bajo Palabra, de Libertad Condicional, Programa de desvío para adultos o DMV fuera del estado de Colorado? Sí o NO

4. ¿Tiene algún caso pendiente, supervisión de libertad condicional/bajo palabra u órdenes judiciales en algún otro estado? Sí o NO

Si la respuesta a las preguntas 3 o 4 es SÍ, responda las siguientes preguntas (5-7) y llene el Formulario A, el Formulario B, una revelación de información y entregue cualquier orden del tribunal o de desvío. Devuelva todos los formularios y la documentación a su proveedor de tratamiento previsto. Además, es posible que también deba presentarse ante una agencia de policía para que le tomen las huellas dactilares y le saquen fotografías.

5. ¿En qué estado se cometió el delito? _____

6. ¿A quién debe informar del tratamiento? _____
 (Ejemplo: tribunal, juez, oficial de libertad condicional o de libertad bajo palabra, etc.)

7. Nombre, dirección y teléfono de su oficial de libertad condicional, oficial de libertad bajo palabra, juez u oficial de desvío que supervisa su caso/supervisión. _____

