



Hands On Inland Empire
9624 Hermosa Avenue
Rancho Cucamonga, CA 91730
T 909/980.2857 x 207 F 909/980.2957
bcook@ieuw.org

Acuerdo a la Sentencia Alternativa del Servicio Comunitario

Nombre del cliente: _____

•Después de ser advertido por la corte de las horas de servicio a la comunidad, Yo voluntariamente estoy de acuerdo a realizar _____ horas de servicio comunitario sin pago para una agencia no lucrativa. Estoy de acuerdo a obedecer las siguientes reglas del programa.

1. El horario será arreglado para mi, dependiendo de mi tiempo y la agencia designada. Este horario me permitirá completar mis horas de servido a la comunidad antes de la fecha de vencimiento (_____). El horario puede ser modificado con el permiso de Hands On Inland Empire o el/la supervisor(a). Si no cumple con este horario, por ejemplo llegar tarde o no se presenta al servicio, el resultado sera la cancelación del servicio asignado. _____ (inicial)

2. Si no completa sus horas nesecita planear para una extensión, nesecita traeré su hoja de asistencia y \$60 adicionales a la oficina de Hands On programa antes de la fecha de vencimiento. Entiendo que las formas de extensión tienen que ser presentadas a Hands On Inland Empire dentro de 10 días de ser concedido por la corte. _____ (inicial)

3. Entiendo que mi caso será cerrado en la fecha de la corte si no he cumplido mis horas de servicio comunitario y un nuevo procedimiento y cobrado sera abierto. Si me caso es cerrado dentro de 30 días de reintegración, un cobro de \$65, por caso, será cobrado. Después de 30 días, otros \$90, por caso, serán adheridos a mi cuenta, el dinero no sera regresado. _____ (inicial)

4. Si mi contribución de servicios no es satisfactoria durante la evaluacion por medio del supervisor de Hands On Inland Empire o un(a) supervisor(a) de la agencia; el servicio comunitario será cancelado sin devolucion de dinero. _____ (inicial)

5. Como voluntario, Yo entiendo que no soy un empleado de la corte, el Condado de San Bernardino, Hands On Inland Empire, Inland Empire United Way, o las agencia no lucrativa a las cual he sido referido(a). Entiendo que en el caso de que me lastime, no hay ~~aseguranza medica, obligacion, descapacidad, aseguranza de compensacion al empleado o cualquier otras beneficios que me deba la corte, el Condado, el programa de Hands On, United Way o la organizacion no lucrativa.~~ _____ (inicial)

6. Estoy de acuerdo a acceder y dar mi hoja de asistencia a la agencias no lucrativa para que anoten las horas que asistí. Y devolveré esta hoja de asistencia al programa de Hands On Inland Empire en cuanto complete mis horas. _____ (inicial)

7. Yo estoy de acuerdo de informar al programa Hands On de cualquier cambio, mi habilidad de continuar las horas, si tenga que salir de la cuidad, cualquier cambio en las horas de vencimiento, si me dan una extensión, cambios de dirección o teléfono. _____ (inicial)

8. Si no asiste a la agencia para completar mis horas y es necesario que me reasignen a otra agencia, o si pierdo mi hoja de asistencia, entiendo que me cobraran \$65 adicionales por numero de caso, lo cual tendrá que ser pagado antes de la reasignación. _____ (inicial)

9. Yo entiendo que se puede conceder una extensión por la corte, y pagar \$60 dólares adicionales, por cada número de caso, pagar antes de la fecha del vencimiento de fecha original, debe ser pagado al programa de sentencia alternativa. _____ (inicial)

10. Si no completo mis horas dentro del período del servicio comutario y/o Hands On no puede aconsejarme por una fecha de extencion del programa, Yo entiendo que séra considerado como un "caso nuevo" y se requiere pagar otros honorarios del nuevo proceso \$90, por cada número de caso. _____ (inicial)

11. Yo he leído, o me han leído, las condiciones bajo las cuales me asignarán a una agencia y las condiciones de esta asignación. Entiendo completamente que mi falta de cumplir las condiciones antes dichas tomaran en el terminacion de la asignación y la remicion de este caso será regresada al juez que condenara para una disposición apropiada. _____ (inicial)

12. Yo entiendo que el programa no reembolsa el pago bajo ninguna circunstancias _____ (inicial)

CONDICIONES ESPECIAL: _____

FIRMA: _____ TESTIGO: _____

Si es menor de edad
LA FIRMA DE PADRE: _____ FECHA: _____