

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA DELITOS MENORES

La Oficina del Alguacil del Condado de Hillsborough en conjunto con la oficina de los Abogados del Estado del Condado de Hillsborough, opera un programa de intervención para personas que son por primera vez ofensores de delitos menores. Una disposición o arreglo en su caso a través de este programa resultará en la destitución de el cargo en contra de usted y la posible oportunidad de evitar un record criminal. Es posible que usted sea elegible para este programa.

La entrada al programa es por medio de un contrato entre usted y el Abogado del Estado. En la ejecución de este contrato usted será supervisado por el programa, por un período de tiempo de tres a seis meses y llegar a un acuerdo para evitar una futura violación de la ley durante este período.

Si usted quiere ser considerado para este programa, complete la aplicación adjunta y la Petición de Consideración y Renuncia de Juicio Rápido (que debe ser notariado), junto con un giro postal de \$20.00, para los gastos de la aplicación y devolverlo al la CLERK OF THE CIRCUIT COURT (MIP), dentro de los próximos (10) días laborables.

Todos los aceptados en el programa se le requerirá pagar una donación de setenta y cinco dólares (\$75.00) para el Fondo de Asistencia a Víctimas, \$50.00 (cincuenta dólares) costos de procesamiento, setenta dólares (\$70.00) de honorarios de costo de investigación a la oficina de la corte del condado, y un costo de supervisión de setenta y cinco dólares (\$75.00) el primer mes, y cincuenta y cinco dólares (\$55.00) por los siguientes meses, es requerido para todo participante en este programa. Adicional, otros costos podrían ser impuestos incluyendo restitución, programa de rehabilitación y un pago de seguro para las horas de servicio a la comunidad.

La Constitución y el Estado de la Florida otorga a cada defendido el derecho de un juicio rápido en el caso de delitos menores, dentro de noventa (90) días. El Estado no puede extender este período de tiempo, sin embargo, si el defendido voluntariamente acuerda, puede renunciar al límite de los noventa (90) días. Con el fin de que el Estado tenga el tiempo adecuado para considerar su aplicación al programa, es necesario que usted renuncie al tiempo limitado para un juicio rápido. Sin esta renuncia, no tendrán el tiempo adecuado para considerar su posible entrada al programa y el Estado procederá con el procesamiento (seguimiento) de su caso.

Favor de seguir las instrucciones impresas en la parte de arriba de la APLICACIÓN ADJUNTA.

Si usted reúne los requerimientos para entrar a este programa y subsecuentemente es aceptado, usted será contactado y se le avisará cuando debe ir al programa a firmar su contrato, pagar los costos y cualquier otra condición especial del programa.

Por favor, tenga presente, que al aplicar al programa no lo excusa a usted de presentarse a su día de corte.

La aprobación final a este programa es determinado SOLAMENTE por la oficina de los Abogados del Estado.

TAMPA
Clerk of Circuit Court (MIP)
George E. Edgecomb Courthouse
800 Twiggs Street, 1rst. Floor

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA DELITOS MENORES CONDADO DE HILLSBOROUGH, FLORIDA

FORMA DE APLICACIÓN

Antes de los próximos 10 días laborables, esta aplicación, junto con la Solicitud de Consideración para la Renuncia a un Juicio Rapido y \$20.00 de honorarios, deberá ser devuelto a la siguiente dirección:

CLERK OF THE CIRCUIT COURT (MIP)

George E. Edgecomb Courthouse, 800 Twiggs St, 1st Floor, Tampa FL 33602

Este honorario de \$20.00 no será reembolsable. Debera ser pagado en forma de giro postal (Money Order) a nombre de:

CLERK OF THE CIRCUIT COURT (MIP)

El aplicar a este programa no to excusa a usted de su din para comparecer en corte.

DIA DE OFENSA		NUMERO DE CASO			
APELLIDO		NOMBRE		INICIAL	
DIRECCION					
CIUDAD		ESTADO		CODIGO POSTAL	
TELEFONO CASA		TELEFONO TRABAJO			
FECHA DE NACIMIENTO		RAZA		SEXO	
NUMERO SEGURO SOCIAL		NUMERO LICENSIA CONDUCIR			
EMAIL					

OTRO NUMERO DE TELÉFONO O DIRECCIÓN QUE PODAMOS CONTACTARLO:

OTRO NOM BRE(S) CON LOS QUE USTED ES CONOCIDO O QUE USTED USA:

MARCAR UNO: [] YO NO TENGO CARGOS ANTERIORES CRIMINALES O DE TRÁFICO.

[] YO POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE MI HISTORIAL COMPLETO CRIMINAL Y DE TRÁFICO, QUE HAN SIDO CERRADO O REMOVIDOS, ESTÁN NOMBRADOS POSTERIORMENTE.

<u>Fecha del Cargo</u>	<u>Lugar</u>	<u>Cargo</u>	<u>Sentencia/Fecha</u>
------------------------	--------------	--------------	------------------------

FAVOR CONSIDERAR ESTA COMO MI APLICACION FORMAL PARA EL PROGRAMA DE INTERVENCION DE DELITOS MENORES

FIRMA DEL APLICANTE _____

El no reveler su historial criminal nacional complete, podría resultar en una violacion y la terminacion del programa.

EN EL CONDADO DE LOS TRECE CIRCUITOS JUDICIALES
EN Y EL CONDADO DE HILLSBOROUGH, ESTADO DE FLORIDA
DIVISION DE JUSTICA CRIMINAL

ESTADO DE LA FLORIDA
VS.

NÚMERO DE CASO _____

Nombre Impreso

DIVISIÓN _____

SOLICITUD DE CONSEDERACIÓN PARA EL PROGRAMA DE
INTERVENCION DE DELITOS MENORES Y RENUNCIA A UN JUICIO RÁPIDO

Yo entiendo, que solicito la consideración para el Programs de Intervención Delito Menores. Yo voluntariamente renuncio a mi derecho a un juclio rápido, de acuredo a la Regla de Procedimleanto Penal de la Florida 3.191; como se explica en la hoja de información provista. Por la presente renuncio a mi derecho a un julcio rápido.

Firma del Demandado

Fecha

FAVOR DE COMPLETAR LO SIGUIENTE:

Dirección Postal	
Ciudad	
Lugar de Empleo	
Teléfono Casa	Teléfono Trabajo

****ESTA FORMA TIENE QUE SER NOTARIZADA O SU APLICACIÓN NO SERA ACEPTADÁ**
****NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA – USO PARA EL NOTARIO SOLAMENTE.**

Jurado y suscrito ante mi este dia _____ de _____, 20_____.

Notario Público

Mi comission expira

Conozco Personalmente _____ o Presento Identificación _____

Tipo de Identificación presentada _____