

El Programa de Servicio Comunidad del Condado de Adams

Nombre y Apellidos: _____ CC (caso de la Corte) _____

La Corte del Condado de Adams me ha ordenado a ejecutar _____ horas de servicio comunidad para una agencia sin fin lucrativo antes del _____. Me pongo de acuerdo con las siguientes condiciones del programa:

1. Reconozco que es mi responsabilidad de formar un horario de trabajo consistente que me facilite a terminar el programa de trabajo antes de la fecha asignada arriba o por el Oficial Probatorio o por el Coordinador del Programa. Si no cumplo con mi deber, comprendo que esta oportunidad será concluida.
2. Reconozco que el Departamento Probatorio puede requerir una afirmación oficial o de un médico o de un consejero para verificar cualquier deficiencia física, mental o emocional que pueda afectar mi habilidad de desempeñar mi trabajo.
3. Reconozco que si mi trabajo no es satisfactorio como evaluado o por el Supervisor de la Agencia o por el Coordinador del Programa, esta oportunidad será concluida.
4. Tengo entendido que es mi responsabilidad de mantenerme en contacto con el Oficial Probatorio o con el Coordinador si encuentro alguna dificultad o algún problema al cumplir con mis obligaciones a la Agencia. El número de teléfono de la Corte es (717) 337-9803.

Renuncia y Cesión: Con consideración del permiso que me han dado para participar en el Programa de Servicio Comunidad en lugar de o como parte de la sentencia, yo declaro que he recibido una explicación de los términos y las condiciones del seguro que provee el Condado de Adams, PA, y que cubre los daños corporales y accidentales. Comprendo que ni la compensación de trabajador ni un seguro semejante me es proveída/o durante mi participación en el programa. Yo, por lo presente y para mí, mis herederos y los administradores, renuncio y descargo a la Agencia u organización para la cual trabajo, a sus empleados, a sus agentes, y a sus oficiales de todas las demandas y acciones para daños o heridas que yo recibo y/o que recibe mi propiedad durante mi participación en el Programa de Servicio Comunidad. Consiento en aceptar la exclusiva responsabilidad por cualquier perjuicio a cualquier persona o propiedad que resulta de mis acciones y/u omisiones. Consiento en considerar sin culpabilidad al Condado de Adams y a la agencia/organización para la cual trabajo, a sus empleados, a sus agentes y a sus oficiales de cualquier pleito o reclamación que resulta de eso. También consiento en indemnizar (pagar) al Condado de Adams y a la agencia/organización para la cual trabajo, a sus empleados, a sus oficiales y a sus agentes la cantidad exacta de cualquier sentencia conseguida.

ALGUIEN ME HA LEÍDO ESTE FORMULARIO O LO HE LEÍDO YO. ENTIENDO LOS TÉRMINOS Y LAS CONDICIONES ANTERIORMENTE MENCIONADOS Y ENTIENDO LA RENUNCIA Y LA CESIÓN.

Firma _____ Teléfono _____ Fecha _____

Firma del testigo _____ Oficial Probatorio _____

REMISIÓN AL SERVICIO COMUNIDAD: Agencia _____

Dirección _____

Persona para Contactar _____

Esta sección tiene que ser confirmada por el Supervisor del Trabajo. **Por favor, anote la fecha y el número de horas trabajadas para cada día de servicio comunidad.** Envíe este formulario a _____, Adams County Department of Probation Services, 525 Boyds School Road, Suite 500, Gettysburg, PA 17325. Si el trabajador no aparece o trabaja de manera no satisfactoria, contacte al Oficial/Coordinador Probatorio en la misma dirección.

Fecha	Trabajo	Horas

Fecha _____ Testigo: _____ Demandado: _____

Aviso: La falsificación de las horas de servicio comunidad es un delito menor y es castigado según la ley del estado.