



A Tradition of Stewardship
A Commitment to Service

Corrections
Classification

1125 Third St.
Napa, Ca. 94559

Main: (707) 299-1981
Fax: (707)253-4677

***Drop Box at the West Entrance
Inside on the glass window
To the right of the door***

NAPA COUNTY DEPARTMENT OF CORRECTIONS CUSTODY ALTERNATIVES QUESTIONNAIRE

The Napa County Department of Corrections (NCDC) is committed to balancing the need for safety and security with-in the community and ensuring that inmates receive the services that they need to become citizens that are more productive.

Attached is a questionnaire. It is extremely important that your answers are accurate, thorough and complete when completing the forms. **Any misstatements, omissions or incomplete statements could cause delay or exclusion from our programs this includes contact information.**

DATE FORM ISSUED: _____

DATE FORM DUE: _____ by 5:00 P.M.

One week from issuance (una semana)

Application can be faxed, mailed or placed in the mailbox located at the West entrance on Coombs

La solicitud puede ser enviada por fax o por correo o colocada en el buzón ubicado en la entrada Oeste en el vidrio adentro, mano derecho de la entrada.

Es necesario entregar el cuestionario en la fecha indicada. Si lo recibimos después de esta fecha puede perder derechos a los alternativos, y tendrá que servir su sentencia en la cárcel.

Necesita contestar en completo. Falta de información puede causar la perdia de los derechos a programas o alternativos.

NAPA COUNTY DEPARTMENT OF CORRECTIONS

TO BE COMPLETED BY DEFENDANT

Remand Date: _____

PID# _____

(Fecha de encarcelamiento)

Pending cases in another county? Y N

CR# _____

Tienes casos abierto en otro condado? Si No

If yes what county (que condado): _____

PERSONAL INFORMATION

Name/ Nombre: _____ Date of birth/ Fecha de Nacimiento _____

Address/Direccion: _____

City/Ciudad: _____ State/ Estado: _____ Zip Code: _____

Phone/ Telefono: _____ Cell/Celular: _____

E-mail Address/ Dirección de correo electrónico: _____

Drivers Lic##/Lic De Manejar: _____ Is it Valid/ Es valido? Yes No

Country of Birth/Pais de nacimiento: _____ Alien Reg #: _____

Marital status: S M W D # of Yrs: ____ Spouse/Esposo(a): _____

of dependents/Ninos: _____ Ages/Edades: _____

EMPLOYMENT INFORMATION/ INFORMACION DEL EMPLEO

Employer/Patron: _____

Address/Direccion: _____

City/Ciudad: _____ ZIP Code: _____

Phone/Telefono: _____ Cell/Celular: _____

Job Title/ Ocupacion: _____ Length of employment/ Duracion del empleo: _____

Wage-hourly/Sueldo por hora: \$ _____ Monthly/Por mes: \$ _____

Summarize type of work/Describir el trabajo que hase

MEDICAL INFORMATION

Are you on a diet prescribed by a Doctor/ ¿Estás en una dieta prescrita por un médico? Yes No

Do you have any medical issues/ Tienes problemas de salud? Yes No

If yes, explain below/Si, explicas abajo

Do you take prescription medications? Please list below/ Necesita tomar medicina? De una lista abajo:

**NOTE: MEDICAL MARIJUANA AND CERTAIN CONTROLLED SUBSTANCES ARE NOT ALLOWED ON THE ALTERNATIVE SENTENCING PROGRAMS. If accepted, you will have to find an alternative.
NOTA: Uso de marihuana medicinal, o sustancias contralado son prohibidos en programas alternativos.**

Do you have medical insurance?/Tienes seguro médico? Yes No

Carrier/Compañía: _____ Policy#/ # de Póliza: _____

ALCOHOL AND DRUG USAGE

Deception regarding drug and alcohol usage will be a disqualifying factor
Si mientas puede revocar el derecho de participar en los programas

What is your drug of choice/droga de preferencia? _____

| | | | | |
|---|---|---|--|--|
| How often do you drink alcohol? Cada cuanto tiempo toma alcohol? | Daily <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> | Weekly <input type="checkbox"/> Cada Semana <input type="checkbox"/> | Occasionally <input type="checkbox"/> Alguna Ves <input type="checkbox"/> | Never <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> |
| How often do you smoke marijuana? Con que frecuencia usted fuma marijuana? | Daily <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> | Weekly <input type="checkbox"/> Cada Semana <input type="checkbox"/> | Occasionally <input type="checkbox"/> Alguna Ves <input type="checkbox"/> | Never <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> |
| How often do you use Meth? Con que frecuencia usted usa Meth? | Daily <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> | Weekly <input type="checkbox"/> Cada Semana <input type="checkbox"/> | Occasionally <input type="checkbox"/> Alguna Ves <input type="checkbox"/> | Never <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> |
| How often do you use Cocaine? Con que frecuencia usted usa Cocaína? | Daily <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> | Weekly <input type="checkbox"/> Cada Semana <input type="checkbox"/> | Occasionally <input type="checkbox"/> Alguna Ves <input type="checkbox"/> | Never <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> |
| How often do you use Heroin? Con que frecuencia usted usa Heroína? | Daily <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> | Weekly <input type="checkbox"/> Cada Semana <input type="checkbox"/> | Occasionally <input type="checkbox"/> Alguna Ves <input type="checkbox"/> | Never <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> |

COUNSELING NEEDS

What addiction programming are you currently receiving and how often do you attend?

Estas en este momento en algún programa por adicción y con qué frecuencia asiste usted a?

MENTAL HEALTH COUNSELING

Mental Health counseling will not preclude you from participation.

Are you attending any Mental Health counseling or see a Psychiatrist? How often? Where?/Salud mental? Donde?
