

COMMONWEALTH VS. _____ ACTION NO. _____

OTN NO: _____

PLEASE PROVIDE ALL OF THE FOLLOWING INFORMATION:

POR FAVOR LLENE TODOS LOS DATOS SOLICITADOS A CONTINUACIÓN:

APPLICATION FOR: _____ SAMP (Small Amount of Marijuana Program)

(SOLICITUD PARA EL PROGRAMA PARA LOS ACUSADOS DE POSESIÓN DE UNA CANTIDAD LIMITADA DE MARIHUANA)

NAME/NOMBRE: _____
(NOMBRES/APELLIDOS COMPLETOS)

MAIDEN: _____
(APELLIDO DE SOLTERA SI APLICA)

PREVIOUS NAMES USED: _____
(OTROS NOMBRES UTILIZADOS ANTERIORMENTE)

ADDRESS / DIRECCIÓN: _____

CITY & STATE (CIUDAD & ESTADO): _____

ZIP CODE: _____
(CÓDIGO POSTAL)

SOCIAL SECURITY: _____
(NO. DE SEGURIDAD SOCIAL)

TELEPHONE: Home (Tel. de Casa) # : _____ **Cell # :** _____

Email Address: _____
(Correo electrónico)

DATE OF BIRTH: _____
(FECHA DE NACIMIENTO)

PLACE OF BIRTH: _____
(LUGAR DE NACIMIENTO)

AGE: _____
(EDAD)

Are you Currently Represented by an Attorney? Yes / No

¿Actualmente tiene usted representación legal? Sí / No

Private Attorney or Appointed by the Court (Public Defender/Conflict Counsel)? _____

¿Es abogado privado o fue asignado por el Tribunal (Defensor Público)? _____

ATTORNEY FOR THE DEFENDANT: (IF APPLICABLE) _____
ABOGADO PARA EL ACUSADO (SI APLICA)

ATTORNEY'S ADDRESS : _____
(DIRECCION DEL ABOGADO)

ATTORNEY'S PHONE # / TEL. DEL ABOGADO: _____

ATTORNEY'S E-MAIL ADDRESS / E-MAIL DEL ABOGADO: _____

PRELIMINARY HEARING DATE: _____ **DISTRICT JUSTICE:** _____
(FECHA DE SU AUDIENCIA PRELIMINAR) (JUEZ DE DISTRITO)

This box is for District Attorney Office Use Only (Solo para uso del fiscal)

DATE RECEIVED

DATE FILED

WAIVER OF ARRAIGNMENT: _____

Was a D&A Assessment Required as a result of prior SAMP completion: Yes / No

D & A Assessment Completed? Yes / No **Date of Assessment:** _____

Treatment Recommended? Yes / No **D & A Counseling Completed?** _____

HAVE YOU EVER BEEN PLACED IN A DIVERSIONARY PROGRAM AS A RESULT OF CRIMINAL CHARGES? _____

¿ALGUNA VEZ LE HAN UBICADO A USTED EN UN PROGRAMA DE DESVÍO O UN PROGRAMA ALTERNATIVO COMO RESULTADO DE UN CASO PENAL? _____

Tarifa de Tramitación de la Aplicación SAMP

SAMP Application Processing Fee

ESPAÑOL: Al presentar una Aplicación para el Programa SAMP a la Fiscalía de Distrito del Condado de Lebanon (*District Attorney's Office*) o su delegado, el Acusado entiende y acepta pagar la tarifa de tramitación de \$500 si es aceptado al Programa. Se le advierte al Acusado que esta tarifa es de TRAMITACIÓN y no es para cubrir los gastos de supervisión, y se pagará ANTES de que el Tribunal le ingrese formalmente al Programa SAMP. La Tarifa de Tramitación se debe pagar a la Oficina de Probatoria para Adultos de Lebanon, después de que la Carta de Aceptación al Programa SAMP es elaborada por la Fiscalía de Distrito o su delegado. Adicionalmente, se le advierte al Acusado que una vez que la Tarifa de Tramitación del Programa SAMP es aplicada a su caso, **NO ES REEMBOLSABLE** y **NO** se devolverá, sin importar los motivos por los cuales el Acusado no es inscrito en el Programa, o no lo finaliza exitosamente.

English: By submitting a SAMP Application to the Lebanon County District Attorney's Office or their Designee, the Defendant understands and agrees to pay the full SAMP Processing Fee of \$500 if accepted for SAMP. The Defendant is hereby informed that this is a PROCESSING FEE and Not a Supervision Fee and must be paid PRIOR to their placement into SAMP by the Lebanon County Court of Common Pleas. The SAMP Processing Fee payment shall be submitted to the Lebanon County Adult Probation Office after the SAMP Acceptance letter is prepared by the Lebanon County District Attorney's Office or their Designee. Furthermore, the Defendant is also put on Notice that once the SAMP Processing Fee is assessed to their Docket, it is NOT Refundable and will NOT be removed regardless of why the Defendant did not get placed into SAMP or does not Successfully Complete SAMP.

INDEMNIZACIÓN

RESTITUTION

ESPAÑOL: Al presentar una Solicitud para el Programa SAMP a la Fiscalía de Distrito del Condado de Lebanon o su delegado, el Acusado entiende y acepta la Condición Especial de Indemnización (o *Restitution* en inglés). Es un requisito de participación en el Programa SAMP que el Acusado es **OBLIGADO PAGAR LA INDEMNIZACIÓN**, si una Demanda por Indemnización (*Claim for Restitution*) haya sido presentado a la Fiscalía de Distrito de Lebanon. La indemnización se debe pagar a través de la Oficina de Probatoria del Condado de Lebanon antes de que el Acusado pueda ser liberado de la supervisión, según un plan de pago establecido por la Oficina de Probatoria o su delegado. El no aceptar esta condición será motivo para rechazar la solicitud para ingresar al Programa SAMP, y la falta de hacer los pagos según el plan de pago será causal de Incumplimiento, y el participante podrá ser sacado del Programa.

English: By submitting a SAMP Application to the Lebanon County District Attorney's Office or their Designee, the Defendant understands and agrees to the Special Condition of Restitution. In that, a specific requirement of Placement into SAMP is that RESTITUTION is REQUIRED to be paid by the Defendant, if a Claim for said Restitution is presented to the Lebanon County District Attorney's Office. All Restitution shall be made payable through the Lebanon County Adult Probation Office prior to being released from Supervision and at a payment rate set by the Lebanon County Adult Probation Office or their designee. Failure to agree to this specific term will result in an individual being rejected for SAMP and/or will be grounds for an immediate fines and cost violation.

DECLARACIÓN JURADA / AFFIDAVIT

ESPAÑOL: YO CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN EXPUESTA EN ESTA SOLICITUD ES VERAZ Y CORRECTA. ENTIENDO QUE TODAS LAS AFIRMACIONES HECHAS EN ESTA SOLICITUD SON SUJETAS A LAS PENAS DISPUESTAS EN 18 PA C.S. § 4904, RELACIONADAS CON HACER DECLARACIONES FALSAS NO JURAMENTADAS A LAS AUTORIDADES.

ENGLISH: I VERIFY THAT THE INFORMATION SET FORTH ON THIS APPLICATION IS TRUE AND CORRECT. I UNDERSTAND THAT ALL STATEMENTS MADE IN THIS APPLICATION ARE SUBJECT TO THE PENALTIES ON 18 PA C.S. § 4904, RELATING TO UNSWORN FALSIFICATION TO AUTHORITIES.

DEFENDANT / ACUSADO

DEFENSE ATTORNEY / ABOGADO DE DEFENSA

WHO HELPED YOU PREPARE THIS APPLICATION: _____

(¿QUIÉN LE AYUDÓ A LLENAR ESTA SOLICITUD?)