

COMMONWEALTH VS. _____ ACTION NO. _____

OTN NO: _____

PLEASE PROVIDE ALL OF THE FOLLOWING INFORMATION:

POR FAVOR LLENE TODOS LOS DATOS SOLICITADOS A CONTINUACIÓN:

APPLICATION FOR: _____ **ARD** (ACCELERATED REHABILITATIVE DISPOSITION)
(SOLICITUD PARA) (PROGRAMA DE REHABILITACIÓN ACELERADA)

_____ **RAP** (RAPID ADJUDICATION PROGRAM)
(PROGRAMA DE ADJUDICACIÓN RÁPIDA)

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)

<i>This box is for District Attorney Office Use Only (Solo para uso del fiscal)</i>		
	DATE RECEIVED	DATE FILED
WAIVER OF ARRAIGNMENT:	_____	_____
RULE 600 WAIVER:	_____	_____
CRN EVALUATION: Scheduled for: _____	Completed? Yes / No	
Was a D&A Assessment Recommended by the CRN Evaluation: Yes / No		
D & A Assessment Completed? Yes / No	Date of Assessment: _____	
Treatment Recommended? Yes / No D & A Counseling Completed? _____		

HISTORY OF ((PRESENT)) CRIMINAL PROCEEDING
(ANTECEDENTES DEL CASO ACTUAL)

PRESENT CHARGE (S) INCLUDING SUMMARY OFFENSES (CITATIONS)
CARGOS ACTUALES INCLUYENDO INFRACCIONES MENORES/SUMARIAS (CITATORIOS)

DATE OF OFFENSE: _____
(FECHA DEL INCIDENTE)

PROSECUTING OFFICER & DEPARTMENT _____
(OFICIAL DE POLICÍA ENCARGADO Y SU DEPARTAMENTO)

.....

PLEASE PROVIDE ALL OF THE FOLLOWING INFORMATION:
POR FAVOR PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA:

NAME & ADDRESS OF VICTIM(S) / NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA/S VICTIMA/S:

If victim(s) were involved in this matter, describe the injury and the total amount of loss or damages: *(Si hay victimas en este caso, describa los perjuicios causados y el monto total de las pérdidas o daños)*

What steps have been taken to reimburse the victim(s): ¿Cuáles pasos se han tomado para reembolsar a la/s victima/s? _____

MARITAL AND FAMILY HISTORY / ANTECEDENTES CIVILES Y FAMILIARES

MARITAL STATUS / ESTADO CIVIL:

Single/*Soltero* _____ Engaged/*Comprometido* _____ Married/*Casado* _____

Separated/*Separado* _____ Divorced/*Divorciado* _____ Widower/*Viudo(a)* _____

CURRENT SPOUSE'S NAME (WIFE/HUSBAND): _____
(NOMBRE DE SU PAREJA ACTUAL)

SPOUSES'S ADDRESS(IF DIFFERENT THEN YOURS) DIRECCIÓN DE SU PAREJA (SI NO VIVE CON USTED) _____

PRIOR MARRIAGES: YES _____ **NO** _____ **IF YES, HOW MANY?:** _____

MATRIMONIOS PREVIOS: SI _____ **NO** _____ **SI ES ASÍ, ¿CUANTOS?** _____

PRIOR SPOUSES'S NAME (WIFE/HUSBAND): _____
(NOMBRE DEL ESPOSO/A ANTERIOR)

NUMBER OF CHILDREN / NÚMERO DE HIJOS: _____

NAMES / NOMBRES	AGES / EDADES	Do they Live with you? ¿Viven con usted?

NAME/NOMBRE ADDRESS/DIRECCION DECEASED/FALLECIDO?

FATHER/PADRE: _____

MOTHER/MADRE: _____

BROTHERS &/or SISTERS?: (name, age, and addresses)
HERMANOS/HERMANAS (nombre, edad, y dirección)

RESIDENCE HISTORY FOR LAST TEN YEARS
(LUGARES DONDE HA VIVIDO EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS)

CURRENT ADDRESS / DIRECCIÓN ACTUAL:

Previous Addresses / Direcciones Anteriores

EDUCATION / EDUCACIÓN

SCHOOL NAME AND LOCATION

CENTROS EDUCATIVOS DONDE HA ASISTIDO: NOMBRES Y LUGARES

ELEMENTARY / ESCUELA PRIMARIA: _____

JUNIOR HIGH OR MIDDLE SCHOOL: _____

(ESCUELA/COLEGIO INTERMEDIO)

HIGH SCHOOL: _____

(COLEGIO / INSTITUTO SECUNDARIO)

Did you Graduate or Obtain your GED? _____

¿Terminó la secundaria u obtuvo un GED (Diploma de Equivalencia)? _____

TRADE SCHOOL, COLLEGE, ETC. _____

(INSTITUTO TÉCNICO / UNIVERSIDAD, ETC.)

Completed or currently attending? _____

¿Ya terminó o está asistiendo actualmente?

Was a Degree, Certificate, etc. Obtained? _____ **If yes, what is it?** _____

¿Obtuvo usted algún diploma, certificado, etc.? _____ Si es así, de que tipo? _____

WORK HISTORY FOR THE LAST TEN YEARS

(HISTORIAL LABORAL DE LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS)

(START WITH CURRENT EMPLOYER)

(EMPIECE CON SU EMPLEADOR/LUGAR DE TRABAJO ACTUAL)

EMPLOYERS NAME	ADDRESS	# of YEARS THERE	POSITION?
<i>NOMBRE DEL EMPLEADOR</i>	<i>DIRECCIÓN</i>	<i># de AÑOS EMPLEADO</i>	<i>PUESTO</i>

Current Employer: (what shift/hours do you work?)

Lugar de Trabajo Actual: (¿en que horario/turno trabaja?)

Previous Employers:	ADDRESS	# of YEARS THERE	POSITION?
<i>Empleadores anteriores:</i>	<i>DIRECCIÓN</i>	<i># de AÑOS</i>	<i>PUESTO</i>

PRIOR ARREST RECORD

ANTECEDENTES PENALES

List all Prior and/or Pending Juvenile & Adult charges.

Be sure to list any that occurred outside of Lebanon County and/or Pennsylvania as well.

Anote todas las denuncias/acusaciones previas y/o pendientes que han sido presentadas en su contra en casos tanto en el sistema juvenil como de adultos. También debe mencionar a casos que ocurrieron fuera de Lebanon y/o Pennsylvania.)

LOCATION

LUGAR

DISPOSITION

DISPOSICIÓN / RESULTADO

COUNTY & STATE

CONDADO / ESTADO

DATE

FECHA

CHARGES

ACUSACIONES

CONVICTION? DISMISSAL?

CONDENA? DESESTIMADO?

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? _____

PRE-PLACEMENT REQUIREMENTS / REQUISITOS PREVIOS

(D.U.I. CHARGES ONLY)

(SOLO APLICA PARA CASOS DE MANEJO BAJO LOS EFECTOS DE ALGUNA SUBSTANCIA / DUI)

BEFORE a D.U.I. Applicant for the A.R.D. program may be placed on it, he or she must be evaluated as required by PA. C.S.A. 1548 (A).

THE APPLICANT MUST contact Mr. J.D. STREIFF at one of the following numbers to make the necessary appointment for this evaluation:

PHONE: (717) 273-3764

CELL: (717) 507-1386

ANTES de que un candidato al programa ARD que ha sido acusado de manejar bajo los efectos de alcohol u otra substancia (un caso "DUI") pueda ser aceptado en el programa, debe ser evaluado en conformidad con PA C.S.A. 1548 (A).

EL CANDIDATO DEBE contactar al Sr. J.D. STREIFF a uno de los siguientes números telefónicos para hacer una cita para realizar esta evaluación:

OFICINA: (717) 273-3764

CELULAR: (717) 507-1386

INDEMNIZACIÓN
RESTITUTION

Al presentar una Solicitud para el Programa ARD 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 ARD 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 ARD, y la falta de hacer los pagos según el plan de pago será causal de Incumplimiento, y el participante podrá ser sacado del Programa.

By submitting an ARD 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 the ARD Program 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 the ARD Program and/or be will be grounds for Immediate Violation and removal from the ARD Program if already on Supervision and the individual fails to make payments as assigned.

AFFIDAVIT / DECLARACIÓN JURADA

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.

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.

DEFENDANT / ACUSADO

DEFENSE ATTORNEY / ABOGADO DE DEFENSA

WHO HELPED YOU PREPARE THIS APPLICATION: _____
(¿QUIÉN LE AYUDÓ A LLENAR ESTA SOLICITUD?)