



# CITY AND COUNTY OF DENVER

DEPARTMENT OF SAFETY  
ELECTRONIC MONITORING PROGRAM 303 WEST COLFAX AVENUE, DEPT 1601  
DENVER, CO 80204  
MAIN: 720 913-8900  
FAX: 720 913-8920

## Formulario de Verificación de Programa de Vigilancia Electrónica

**Acusado:** \_\_\_\_\_

Por favor indíqueme a su patrón, agencia de tratamiento, local de servicio a la comunidad o oficial de escuela que complete esta forma. Esta forma debe ser completada y regresada a su oficial de libertad condicional si usted necesita participar en estas actividades mientras este en el Programa de Vigilancia Electrónica.

<b>Employment:</b> _____	<b>Supervisor:</b> _____
<b>Address:</b> _____	<b>Telephone Number:</b> _____
<b>How is the employee paid? (circle):</b> CASH / PAYCHECK      WEEKLY / BI-MONTHLY / MONTHLY	
<b>Employer's Signature:</b> _____	
<b>POR FAVOR ADJUNTE SU TALON DE CHEQUE MAS RECIENTE Y COPIA DE SU HORARIO DE TRABAJO</b>	

<b>School:</b> _____	<b>Advisor/Counselor:</b> _____
<b>Address:</b> _____	<b>Telephone Number:</b> _____
<b>Days/Times:</b> _____	<b>Advisor's Signature:</b> _____

<b>Treatment Agency:</b> _____	<b>Counselor:</b> _____
<b>Address:</b> _____	<b>Telephone Number:</b> _____
<b>Circle:</b> Antabuse Random UA Random BA Methadone Anger Management Level II Ed / Therapy	
<b>Days/Times:</b> _____	<b>Counselor's Signature:</b> _____

<b>Community Service:</b> _____	<b>Supervisor:</b> _____
<b>Address:</b> _____	<b>Telephone Number:</b> _____
<b>Days/Times:</b> _____	<b>Supervisor's Signature:</b> _____

<b>PERMISO DE REVELAR INFORMACION</b>	
Yo, _____, autorizo a que las agencias indicadas arriba se comuniquen y revelen información sobre mi participación, responsabilidades, progreso a la ciudad y condado de Denver, Programa de Vigilancia Electrónica. Yo entiendo que este permiso puede ser revocado en cualquier momento.	
<b>FIRMA</b> _____	<b>FECHA</b> _____