



¿Anteriormente ha vivido en Alojamiento SHIP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Explique:	
Si está bajo la supervisión del Departamento Correccional de Idaho, por favor indique su Número IDOC: _____  Facilidad IDOC: _____  Nombre de su Agente de Caso: _____  Número telefónico de su Agente de Caso: _____  Fecha de libertad condicional provisional (TDP), si se aplica: _____  ¿Cumplirá su sentencia en su totalidad? _____	Por favor provee tres referencias personales Nombre: _____ Teléfono: _____  1. _____  2. _____  3. _____
Está usted en... Periodo de Prueba <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Libertad Condicional <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Involucrado en Corte de Drogas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Corte de Salud Mental <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si, ¿a quién se reporta? Nombre: _____ Teléfono: _____
¿Ha sido <b>cargado</b> con algún crimen violento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Explique:  ¿Ha sido <b>condenado</b> por la fabricación o distribución de drogas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Es usted un delincuente sexual? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Explique:  ¿Se le ha requerido registrarse? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Agregue cualquier información adicional que le gustaría que consideremos al repasar su aplicación: \_\_\_\_\_

Al firmar abajo, yo entiendo y estoy de acuerdo de cumplir las siguientes expectativas, si soy aceptado para la residencia dentro del Alojamiento SHIP:

- Yo acepto permanecer limpio y sobrio en todos momentos. \_\_\_\_\_ (Iniciales)
- Yo acepto pagar mis honorarios de evaluación por adelantado. Yo entiendo que si no pago mis honorarios de evaluación seré expulsado del Alojamiento SHIP. \_\_\_\_\_ (Iniciales)
- Yo acepto mantener el Alojamiento SHIP libre de alcohol y drogas ilegales en todos momentos. \_\_\_\_\_ (Iniciales)

Yo certifico que TODA la información que he proveído a Oxnard House es cierta y correcta. He leído todo el material en esta aplicación incluyendo las limitaciones de arriba. He contestado cada pregunta honestamente y quiero lograr conformidad y recuperación del alcoholismo y/o la recaída de adicción a las drogas.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Regrese a: Gerente de Alojamiento  
 Supportive Housing and Innovative Partnership, Inc.  
 P.O. Box 8803  
 Boise, ID 83707 (208) 331-0900 Fax: (208) 331-0904  
 No se aceptaran llamadas por colección.**