



**Twentieth Judicial Circuit of Florida**  
 ADMINISTRATIVE OFFICE OF THE COURTS  
 HENDRY COUNTY PRETRIAL SERVICES  
 25 E. HICKPOCHEE AVE. LABELLE, FLORIDIA, 33935

### Reporte Mensual

<b>Assigned Officer</b>		¿ La fecha de hoy?
-------------------------	--	--------------------

**Por Favor Conteste todas las preguntas y escriba sus respuestas legible.**

Nombre		Fecha de Nacimiento	
Domicilio		Ciudad/Estado	Código Postal
Su Dirección Postal		Ciudad/Estado	Código Postal
Teléfono de casa	Número Celular		¿Ha cambiado de domicilio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Lugar de Nacimiento?			
¿Dónde trabaja?		Su Email?	
Nombre de Supervisor		Teléfono de su trabajo:	
Escriba el nombre, domicilio y número de teléfono de una persona <b>que no viva con usted</b> que pueda localizarlo.	<b>NOMBRE:</b> <b>TELÉFONO:</b>		
¿Ha sido arrestado/citado o ha tenido contacto con alguna policía desde su ultimo reporte? Favor de explicar.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Hay algun razón por el cual no podría cumplir con las ordenes del Tribunal?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha tenido usted el contacto con la víctima o con menores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Favor de explicar:			
¿Tiene Ud. Algunos problemas particulares o solicitudes que quisiera hablar con su oficial de supervisión?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>He leído el presente reporte y juro que las declaraciones son la verdad. Reconozco que dar información falsificada o engañosa constituye una falta a mi supervisión y se podra entablar una petición para revocar mi libertad condicional.</b>			
Firma: _____		Fecha: _____	
<b>Assigned Officer's Notes:</b>			
Drug/Alcohol Screen Conducted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> NO Results: _____			
Next Court Date: _____			