|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ORDEN - CONDICIONES DE LA LIBERTAD A PRUEBA (*PROBATION*)** | **Número de expediente:** | | | **TRIBUNALES ESTATALES DE MASSACHUSETTS**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Imprimir |  | Guardar |  | Borrar Todo | | |
| **Nombre, PCF y dirección de la Persona en Libertad a Prueba:** | | **Impuesta como (*seleccione una opción*):** Riesgo/Necesidad Administrativa  OUI (Conducir bajo los efectos) | | | **Departamento del Tribunal:**  **División del Tribunal:** |
| **Disposición:** | | | | | |
| **PERSONA EN LIBERTAD A PRUEBA:** Reconozco que, por la presente, este Tribunal me ha concedido una libertad a prueba. Si no me presento en alguna cita obligatoria, reconozco que se me puede emitir una orden de detención. Mi periodo de libertad a prueba:  Comienza el y está programado para finalizar el  Al salir de la cárcel o de un internamiento civil.    Traducciones *fecha fecha* | | | | | |
| **CONDICIONES GENERALES DE LA LIBERTAD A PRUEBA (*Debo cumplir con las condiciones 1-4 y, si se me impone como "riesgo/necesidad", con las condiciones 5-6 adicionalmente)*** | | | | | |
| 1. Cumpliré con todas las órdenes del tribunal y todas las leyes locales, estatales y federales, incluyendo registrarme como delincuente sexual, si lo requiere G.L. c. 6, § 178E, y dar mi ADN si he sido condenado por un delito grave según lo definido en G.L. c. 22, § 3. 2. Me mantendré en contacto con mi oficial de libertad a prueba según las indicaciones y me presentaré ante él o ella en los momentos y lugares requeridos. 3. Firmaré todos los formularios de autorización necesarios para el cumplimiento de mi supervisión y verificación. 4. Informaré a mi oficial de libertad a prueba dentro de 48 horas de cambiar mi residencia o empleo. Si estoy encarcelado, me presentaré al departamento de libertad a prueba dentro de 48 horas después de salir de la cárcel o el siguiente día hábil si es fin de semana o feriado judicial. 5. Permitiré que el departamento de libertad a prueba me visite en mi domicilio o en otros lugares. 6. No saldré del estado de Massachusetts a menos que reciba permiso de mi oficial de libertad a prueba o del Juez. | | | | | |
| **CONDICIONES ESPECIALES DE LA LIBERTAD A PRUEBA** | | | | | |
| 1. **Empleo/Escuela**: Haré esfuerzos razonables para:  Mantener o buscar empleo  Asistir a, o permanecer en, la escuela 2. **Evaluación**: Me someteré a una evaluación para el y  seguiré cualquier tratamiento ordenado por el Tribunal  Salud mental  Delincuencia sexual  Consumo de sustancias  G.L. c. 90, § 24Q *fecha* 3. **Programa(s) específico(s)**: Participaré y completaré el/los siguiente(s) programa(s):  Programa de Educación sobre el Abuso de Parejas Íntimas   Programa Residencial de 14 Días sobre el Alcohol para los Conductores, a completarse para el: y el programa de seguimiento obligatorio  *Brains at Risk Program* ("Cerebros en Riesgo")  *fecha*  Programa de Conducción Bajo los Efectos de Drogas/Alcohol de Massachusetts (G.L. c. 90, § 24D)  Control de Ira  Otro:   1. **Restitución**: Reconozco que el monto total de los daños y perjuicios es de . Haré pagos según la Orden que Determina la Restitución. El Tribunal ha seguido los requisitos de *Commonwealth v. Henry*, 475 Mass. 117 (2016), al determinar la restitución. 2. **Pruebas de Drogas / Alcohol**: Me mantendré libre de:  Drogas ilegales o no recetadas  Alcohol  Marihuana/THC sin receta  Me someteré a  Pruebas de Drogas  Pruebas de Alcohol  Monitoreo Remoto de Alcohol 3. **Alejamiento/ Prohibido el Contacto**: Me mantendré alejado(a) y  a una distancia de de las siguientes personas:   No tendré contacto (in)directo con no abusaré a   1. **Control Electrónico**: Cumpliré con las condiciones del monitoreo electrónico GPS indicadas en el "Formulario de Orden de Supervisión GPS" adjunto. El Tribunal ha determinado que la necesidad del Estado de control por GPS supera la invasión de privacidad, según exige *Commonwealth v. Feliz*, 481 Mass. 689 (2019). 2. **Centro de Apoyo de Justicia Comunitaria:** Cumpliré con las condiciones de CJSC señaladas en la "Orden de Apoyo a la Justicia Comunitaria" adjunta. 3. **Tarifas**: Pagaré las siguientes tarifas según la orden del Tribunal:  VWF:  Gastos del tribunal:  Honorarios de abogado:  OUI § 24D - tarifa estatal:  Imposición para el Fondo de Víctimas de OUI:  Imposición/Multa para el Fondo de Lesiones Cerebrales   Otra(s) tarifa(s):   1. **Otras Condiciones**: | | | | | |
| **RECONOCIMIENTO DE LA ORDEN POR PARTE DE LA PERSONA EN LIBERTAD A PRUEBA** | | | **FIRMA DEL INTÉRPRETE, si lo hubiere** | | |
| FIRMA DE LA PERSONA EN LIBERTAD A PRUEBA: He leído, comprendido y acepto obedecer las condiciones de libertad a prueba anteriores. Entiendo que si no cumplo con cualquiera de estas condiciones me podrían arrestar, revocar la libertad a prueba, declararme culpable (si aún no se ha hecho) e imponer o ejecutar una sentencia. He recibido una copia de esta orden:  **X FECHA:** | | | He traducido los elementos de esta Orden establecidos arriba, junto con el reconocimiento establecido al final del documento, para la persona en libertad a prueba antes de que lo firmara.  **X FECHA:** | | |
| **FIRMA DEL (SUB)OFICIAL DE LIBERTAD A PRUEBA QUE ACTUÓ COMO TESTIGO** | | | **FIRMA DEL JUEZ** | | |
| **X FECHA:**    *TC0102 (Rev. 03/20/2013) Página 1 de 2* | | | **X FECHA:** | | |

|  |
| --- |
| **AVISO A LA PERSONA EN LIBERTAD A PRUEBA**  **Si se han impuesto multas, tarifas y/o penalizaciones civiles según indica este formulario, usted tiene el derecho de pedir que el tribunal modifique esta orden si puede demostrar que pagarlas causaría importantes dificultades financieras para usted, su familia inmediata o sus dependientes.**  **SI NO PAGA A TIEMPO LA(S) CANTIDAD(ES) IMPUESTA(S), se le puede declarar en contravención de los términos de la libertad a prueba por no cumplir con el calendario de pagos obligatorio, y**   * **Se le puede declarar en incumplimiento** * **Se puede emitir una orden para su detención.** * **Se puede aplicar tarifas adicionales.** * **Se le puede encarcelar.** |
| **CÓMO PAGAR**  **En Persona**:  En este tribunal, se puede pagar en la Oficina del Secretario-Magistrado mediante giro postal, cheque bancario, VISA o Mastercard, o en efectivo. (La mayoría de los tribunales no aceptan cheques personales.)  **Por Correo**:  Se envía a la oficina del secretario judicial un giro postal o cheque bancario, pagadero a “The Commonwealth of Massachusetts”. Incluya en el giro postal o cheque bancario su fecha de nacimiento y el número de su caso (indicado en la primera página del formulario pertinente a su pago). Se puede encontrar la dirección de correo electrónico del secretario judicial en mass.gov/orgs/district-court/locations.  **Por Internet**:  Se pueden hacer los pagos por internet por ePay en [www.masscourts.org.](http://www.masscourts.org/) Se necesita una dirección válida de correo electrónico y el número completo de 12 dígitos asignado a su caso que se encuentran en la primera página de este formulario. Los dos primeros dígitos indican el año, los dos siguientes identifican la división del tribunal y después de "CR" aparece el número del caso. Añada ceros antes del número del caso hasta llegar a seis dígitos en total. (ej., 1962CRXXXXXX). Para instrucciones detalladas, visite: [www.mass.gov/epay-in-the-courts.](http://www.mass.gov/epay-in-the-courts)  Nota: Se cobra una tarifa adicional por pagar por internet.  *El Tribunal tiene que* ***haber recibido*** *el pago para la fecha límite o antes*.  Si no se recibe el pago a tiempo, usted tendrá que comparecer al tribunal para evitar que le arresten. |
| **CRÉDITOS POR CUMPLIR CON LA LIBERTAD A PRUEBA**  Se podría reducir su plazo de libertad a prueba después de cumplir un año supervisado, siempre que su libertad a prueba se imponga tras una condena de cárcel y no corresponda a un delito sexual según la definición en  G.L. c. 178C, § 6. G.L. c. 276, § 87B.  *TC0102 (Rev. 03/20/2013) Página 2 de 2* |