



# MANITOWOC COUNTY SHERIFF

Sheriff - Daniel L. Hartwig  
Chief Deputy - Brian L. Nack

*In Partnership with the Community. Dedicated to Your Safety.*

## **SOLICITUD PARA HUBER**

- Complete este paquete de información y formularios necesarios para cuando cumpla una condena con permiso para salir a trabajar, para trabajar por cuenta propia y/o para cuidado de niños.
- Llame al sargento supervisor de Huber para sacar una cita y revisar su solicitud completa.
- Si tiene preguntas sobre cualquier sección, espere antes de completarla.
- Si va a pedir trasladar su condena a otra cárcel, llame al sargento supervisor de Huber para empezar los trámites.

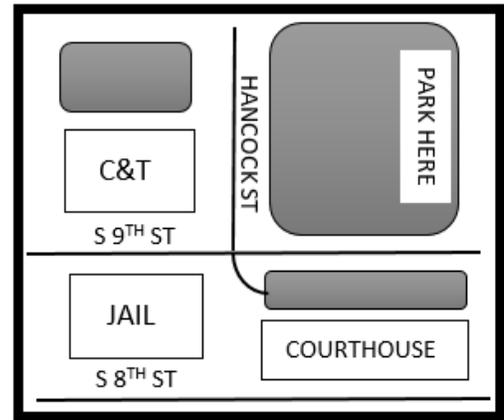
**El número de teléfono del sargento supervisor de Huber es: (920) 683-4945**

- Es necesario presentar una identificación con foto válida y tarjeta de seguro social o acta de nacimiento al presentarse para cumplir su condena.
- Si trabajaba activamente *antes* de presentarse a cumplir su condena, puede continuar utilizando su mismo medio de transporte ya establecido.
- Usted TIENE LA OBLIGACIÓN de presentar copias del seguro y de la matrícula de los vehículos que maneje o en los que se transporte y también copia de la licencia de conducir y el número de teléfono de las personas que lo transporten.
- Si ha sido condenado por manejar en estado de embriaguez OWI [siglas en inglés], debe sacar una cita de evaluación para su uso del alcohol y pagarla por adelantado, antes de presentarse en la cárcel; de lo contrario no se le concederá el privilegio de salir para trabajar a través del programa Huber. **¡ÉSTA ES UNA LEY ESTATAL!**
- Se le permitirán siete (7) cambios de ropa de trabajo o de calle, incluyendo ropa interior, sólo para salir con permiso de trabajar según el programa Huber. Deberá usar el uniforme de la cárcel cuando esté dentro de la cárcel.
- Los presos que trabajen pagarán una cuota por alojamiento y comidas determinada por la Junta Directiva del condado de Manitowoc. Actualmente es un monto de \$22 por día, más una cuota de inscripción de \$25.00.

Si está actualmente desempleado, pero está buscando empleo

- Inscríbase en las agencias de trabajo temporal **antes** de presentarse en la cárcel.
- Si de alguna manera acepta un trabajo *después* de presentarse en la cárcel, su medio de transporte será decidido por la institución carcelaria.

Para más información sobre nuestra cárcel, consulte nuestra página de internet [mtwjail.com](http://mtwjail.com). Lea la sección de preguntas frecuentes y de formularios/documentos. De lo contrario, esta información se le entregará durante la creación de su ficha en la cárcel.



### **Vehículos:**

Si usa su propio vehículo para transportarse, puede estacionarlo en el estacionamiento ubicado a media cuadra al oeste de la cárcel en la calle Hancock. ¡Tiene la obligación de estacionarse en la parte norte de este estacionamiento! Recibirá una calcomanía verde para poner en el espejo retrovisor de su vehículo. (Vea el mapa del estacionamiento)

### **INFORMACIÓN SOBRE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD DE LA CÁRCEL**

1. El personal de la Unidad de Servicios de Salud de la cárcel [HSU por sus siglas en inglés] tiene la obligación de seguir las normas HIPAA sobre la divulgación de información médica o dental. Esta información podría ser divulgada, cuando sea necesario, a instituciones médicas para continuar brindándole atención médica.
2. Si cree que sus problemas de salud son serios y que la HSU tiene que planificar su atención por adelantado, por favor complete los formularios *Confidential Information Release Authorization* [Autorización para la divulgación de información confidencial] y *Medical Pre-Booking* [Formulario médico previo a la creación de la ficha] y devuélvalos a la HSU/cárcel por lo menos (3) días hábiles antes de la fecha de presentarse en la cárcel, para que el departamento de enfermería de la cárcel pueda revisarlos y conseguir cualquier medicamento o expediente que sea necesario antes de la fecha en que usted se presente en la cárcel.
3. Los presos tienen la responsabilidad de dirigirse al personal de la HSU para abordar todo problema médico, de salud mental o dental. El doctor de la cárcel será el encargado principal de su atención médica mientras esté encarcelado.
4. Deberá traer a la cárcel todos sus medicamentos recetados en sus envases originales de la farmacia. Las recetas médicas deben estar al día y deben tener la etiqueta correcta. No se permiten varias medicinas combinadas en un solo envase. El personal de la HSU revisará las recetas médicas. Los medicamentos de venta libre no están permitidos. Estos artículos están a la venta en la cantina (tienda de la cárcel).
5. Los medicamentos narcóticos y los somníferos no están permitidos a menos que los apruebe un proveedor de atención médica o persona autorizada a recetar medicamentos que trabaje en la cárcel. Los medicamentos prohibidos incluyen, entre otros, la metadona [methodone] y la

suboxona [suboxone]. Siempre que sea posible, se debe usar como alternativa algún medicamento que no sea narcótico.

6. Los diabéticos deberán presentar constancia de su médico con instrucciones para su cuidado. Esto se puede realizar antes de la fecha en la que se presente en la cárcel. Durante su encierro, la cárcel le dará los suministros necesarios tales como glucómetro, tiras para glucómetro, jeringas, insulina, gasa con alcohol, y lancetas.
7. Todas las citas con el médico/dentista serán programadas por la HSU. Si estas citas han sido programadas antes de estar encarcelado, la HSU deberá ser notificada por lo menos 72 horas antes de la cita para que se pueda verificar la cita y determinar si es necesaria.
8. Las modificaciones dietéticas por motivos de salud serán aprobadas por el médico de la cárcel cuando determine que son necesarias.

**OFICINA DEL SHERIFF DEL CONDADO DE MANITOWOC**  
**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

<b>Individuo sujeto del registro:</b>	<b>Esta información podrá ser compartida con:</b>
Nombre: _____	La oficina del sheriff del condado de Manitowoc
Dirección: _____	Unidad de servicios de salud de la cárcel
Ciudad, estado, código postal: _____	1025 South 9th Street
Fecha de nacimiento: _____	Manitowoc, WI 54220
Número de identificación: _____	Teléfono (920) 683-4340
	Fax: (920) 683-4405

(Estatutos de Wisconsin, secciones 19.35 y 19.36 Normas federales 42 CFR parte 2)

<b>Agencia u organización que recibe autorización para compartir la información</b>
Nombre del médico/agencia: _____
Dirección: _____
Ciudad, estado, código postal: _____
Teléfono _____

<b>Enumere exactamente los expedientes que autoriza compartir incluyendo las fechas, cuando corresponda.</b>
Fecha de la cita: _____
Expediente con apuntes incluidos: _____
_____
_____
Fecha de la cita: _____
Expediente con apuntes incluidos: _____
_____
_____
Fecha de la cita: _____
Expediente con apuntes incluidos: _____

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*\*\*LA RAZÓN O NECESIDAD DE DIVULGAR ESTA INFORMACIÓN ES PARA CONTINUAR CON LA ATENCIÓN MÉDICA\*\*\*

Entiendo que podré revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, a menos que la información ya haya sido divulgada como consecuencia de esta autorización. A menos que la revoque, esta autorización seguirá vigente hasta la fecha de vencimiento que he indicado al poner mis iniciales abajo. **(Ponga sus iniciales en una y complete si es necesario)**

- \_\_\_\_\_ La autorización caduca el \_\_\_\_\_. (Fecha)
- \_\_\_\_\_ La autorización caduca 12 meses después de la fecha en la que la firme.
- \_\_\_\_\_ La autorización caduca después que se realice la siguiente acción: \_\_\_\_\_.
- \_\_\_\_\_ La autorización caduca si se cambia el curso de mi detención.

Tal como lo demuestra mi firma abajo, por medio del presente autorizo a que se divulguen los expedientes a la(s) persona(s) o a la(s) agencia(s) que se indica(n) arriba.

Firma del individuo cuyo expediente se divulgará: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de otra persona que tenga la facultad legal para autorizar esta divulgación de información:

\_\_\_\_\_

Título del individuo o relación con el individuo cuyo expediente se divulgará:

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**MANITOWOC COUNTY**  
**SHERIFF**

**Sheriff - Daniel L. Hartwig**  
**Chief Deputy - Brian L. Nack**

*In Partnership with the Community. Dedicated to Your Safety.*

Información para presentarse al programa Huber/Información médica antes de que lo fichen

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
teléfono \_\_\_\_\_

Fecha en la que se presenta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Número de

Duración de la pena: \_\_\_\_\_

¿Ha estado en la cárcel del condado de Manitowoc en los últimos dos años? Sí o no (circule una)

Doctor de cabecera: \_\_\_\_\_ Clínica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Escriba su diagnóstico actual:

---

---

---

---

---

---

¿Es alérgico a medicamentos o a comida? Sí o no (circule uno)

Comentarios si respondió que sí \_\_\_\_\_

---

Enumere los medicamentos recetados que está tomando.

Nombre del medicamento	Concentración	Instrucciones de dosificación	Recetado por
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Anexa el formulario de autorización para la divulgación de información confidencial? Sí o No (circule uno)

Información recibida por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**MANITOWOC COUNTY**  
**SHERIFF**

*Sheriff - Daniel L. Hartwig*  
*Chief Deputy - Brian L. Nack*

---

*In Partnership with the Community. Dedicated to Your Safety.*

**INFORMACIÓN FINANCIERA DE**

Dirección:

Nombre: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





**MANITOWOC COUNTY**  
**SHERIFF**

Sheriff - Daniel L. Hartwig  
 Chief Deputy - Brian L. Nack

*In Partnership with the Community. Dedicated to Your Safety.*

NOMBRE DEL PRESO: \_\_\_\_\_ FECHA DE HOY: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del EMPLEADOR: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nombre del SUPERVISOR escrito en letra de molde: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la agencia de empleo temporal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

TRABAJO <input type="checkbox"/> CUIDADO DE NIÑOS <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> _____            MES _____
---

DÍA	HORAS EN LAS QUE ESTÁ PROGRAMADO PARA TRABAJAR	DÍA	HORAS EN LAS QUE ESTÁ PROGRAMADO PARA TRABAJAR
1		16	
2		17	
3		18	
4		19	
5		20	
6		21	
7		22	
8		23	
9		24	
10		25	
11		26	
12		27	
13		28	
14		29	
15		30	
		31	

Si tiene preguntas o cambios de horario, por favor comuníquese con la División de Huber de la cárcel del condado de Manitowoc al 920-683-4944 o por fax al 920-683-5169

Para uso del personal: Eventos programados por:

**SHERIFF Y CÁRCEL DEL CONDADO DE  
MANITOWOC**  
**INFORMACIÓN PARA LICENCIA DE  
TRABAJO MIENTRAS ESTÁ PRESO**

**NOMBRE DEL PRESO:**

\_\_\_\_\_

SALIDA: \_\_\_\_\_ ENTRADA: \_\_\_\_\_

LOCKER#: \_\_\_\_\_

10/27 10/28 10/29: \_\_\_\_\_

UA: \_\_\_\_\_

EVALUACIÓN REALIZADA POR MANEJAR EN  
ESTADO DE EMBRIAGUEZ OWI: \_\_\_\_\_

REGLAS DE LA CÁRCEL: \_\_\_\_\_

❖ EMPLEADOR/ESCUELA/ETC: \_\_\_\_\_

❖ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

❖ SUPERVISOR: \_\_\_\_\_

❖ NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

❖ AGENCIA DE EMPLEO TEMPORAL Y NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

[TIEMPO DE TRAYECTO] SALIDA: \_\_\_\_\_ ENTRADA: \_\_\_\_\_

MEDIO DE TRANSPORTE DE IDA: BUS TAXI A PIE BICICLETA

TRANSPORTE PROPIO \_\_\_\_\_

MEDIO DE TRANSPORTE DE REGRESO: BUS TAXI A PIE BICICLETA

TRANSPORTE PROPIO \_\_\_\_\_

**# DE FICHAS DADAS** \_\_\_\_\_ **# DE FICHAS NECESARIAS** \_\_\_\_\_ **NECESITA PASE DE AUTOBÚS** \_\_\_\_\_

PERSONA QUE LO TRANSPORTA: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN DEL VEHÍCULO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE PLACA: \_\_\_\_\_

COMPAÑÍA DE SEGUROS/FECHA DE CADUCIDAD: \_\_\_\_\_

RUTA DE IDA Y DE REGRESO (LA CÁRCEL ESTÁ UBICADA EN EL 1025 S 9TH ST, SU RUTA DEBERÁ EMPEZAR DESDE ESTE LUGAR):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INFORMACIÓN RECIBIDA POR: \_\_\_\_\_ APROBADA POR: \_\_\_\_\_

RETENCIÓN DE SUELDO: \_\_\_\_\_ PREPAGO: \$ \_\_\_\_\_ OTRO: \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

### **REGLAS PARA LOS PRESOS QUE SALGAN DE LA CÁRCEL**

Ponga sus iniciales abajo:

- \_\_\_\_\_ 1. No me puedo desviar de la ruta asignada, ni cambiar de medio de transporte, ni salir de mi destino autorizado sin el consentimiento previo del personal de la cárcel.
- \_\_\_\_\_ 2. No puedo ponerme en contacto, ni caminar, con personas sin autorización, ni visitar a personas que no hayan sido autorizadas mientras esté fuera de la cárcel.
- \_\_\_\_\_ 3. Tengo autorización para salir de la cárcel durante horas específicas. Antes de realizar cualquier cambio o modificación de las horas o días, mi empleador, el personal de la escuela, etc., deberá informarle al personal de la cárcel acerca del cambio de horario.
- \_\_\_\_\_ 4. No podré realizar llamadas telefónicas ni enviar correos electrónicos sin autorización, ni tener ningún tipo de comunicación sin autorización mientras esté fuera de la cárcel.
- \_\_\_\_\_ 5. No podré usar sustancias reguladas, ni medicamentos de venta libre, ni medicamentos recetados que el personal de la cárcel no me haya administrado ni podré usar productos que contengan alcohol mientras estoy afuera en algún evento. Estaré sujeto a pruebas de orina en cualquier momento. Es obligatorio que dé la muestra de orina; de lo contrario me quedará detenido hasta que lo haga.
- \_\_\_\_\_ 6. Estaré sujeto a inspecciones al igual que mis pertenencias y locker, etc., mientras esté preso en la cárcel. Esto incluye cualquier locker, etc., en mi lugar de trabajo.
- \_\_\_\_\_ 7. Todo el dinero que yo reciba mientras esté preso en la cárcel del condado deberá ser enviado o presentado al personal de la cárcel para ser distribuido según el estatuto 303.08 de Wisconsin.
- \_\_\_\_\_ 8. No me pueden programar para salir más de 12 horas en un día ni más de 72 horas en una semana, ni más de 6 días seguidos. Este tiempo no incluye los trayectos.
- \_\_\_\_\_ 9. Después de 6 días tengo que permanecer un día completo en la cárcel.

\_\_\_\_\_ 10. Necesito llenar un **registro del lugar de trabajo para el programa Huber** si mi lugar de trabajo varía. Este formulario se debe llenar *antes de que me dejen salir a trabajar cada día*.

\_\_\_\_\_ 11. Estaré sujeto a una inspección con escáner cuando regrese a la cárcel a menos que se haya confirmado que estoy embarazada o confinado(a) a silla de ruedas.

Para las presas en el programa Huber: Si quedo embarazada durante mi estadía en la cárcel, será mi responsabilidad avisar al personal de la cárcel o a la HSU.

ENTIENDO LAS REGLAS ANTES MENCIONADAS. ENTIENDO QUE CUALQUIER INFRACCIÓN DE ESTAS REGLAS O DE CUALQUIER OTRA REGLA DE LA CÁRCEL, PODRÍA RESULTAR EN ACCIONES DISCIPLINARIAS, QUE INCLUYEN, ENTRE OTRAS, QUE SE ME REVOQUE EL PRIVILEGIO PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA HUBER.

FIRMA DEL PRESO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

PERSONAL DE LA CÁRCEL: \_\_\_\_\_ FECHA:

\_\_\_\_\_