EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE DELITOS MENORES

La Oficina del Sheriff del Condado de Hillsborough en conjunto con la Oficina del Fiscal del Estado del Condado de Hillsborough opera un programa de intervención para personas que son delincuentes por primera vez. La disposición de su caso a través de este programa resultaría en la prosa nolle de los cargos en su contra y la posible oportunidad de evitar antecedentes penales. Parece que usted puede ser elegible para este programa de intervención.

La entrada en el programa es por acuerdo escrito entre usted y el Fiscal del Estado. Tras la ejecución del Acuerdo MIP, usted será monitoreado por el programa por un período de tres a cinco meses y aceptará evitar más violaciones de la ley durante ese período.

Si desea ser considerado para este programa, complete el Formulario de solicitud adjunto y la Solicitud de consideración y exención de juicio rápido (que DEBE SER notariado) junto con $ 20.00 por la tarifa de solicitud (giro postal SOLAMENTE) y envíe todo al **Secretario del Tribunal de Circuito del Condado de Hillsborough (MIP)** a la dirección que figura en la primera página del Formulario de solicitud.

Tenga en cuenta que hacer esta solicitud para el Programa no lo exime de ninguna fecha de comparecencia ante el tribunal.

Todos los aceptados en el programa, DESPUÉS del 1 de abril de 2023, deberán pagar lo siguiente una vez: una donación de setenta y cinco dólares ($ 75.00) al Fondo de Asistencia a las Víctimas, una tarifa de costo de enjuiciamiento de cincuenta dólares ($ 50.00) y una tarifa de costo de investigación de setenta dólares ($ 70.00). Hay una tarifa recurrente de costo de supervisión de setenta ($70.00) por cada mes que esté en el programa. Se pueden imponer costos adicionales que pueden incluir restitución, programas de rehabilitación y una tarifa de seguro de servicio comunitario.

Si se le aprueba la entrada en el programa, se le contactará y se le informará qué requisitos son necesarios para completar el Programa MIP. Se creará el acuerdo escrito que describe estos requisitos para completar el programa y debe firmar, fechar y devolver este documento para que se finalice el acuerdo.

POR FAVOR, SIGA LAS INSTRUCCIONES IMPRESAS EN LA PARTE SUPERIOR DEL FORMULARIO DE SOLICITUD MIP.

La aprobación final de este programa es determinada únicamente por la Oficina del Fiscal del Estado.

TAMPA
PALACIO DE JUSTICIA DE GEORGE EDGECOMB
800 E TWIGGS ST 1C FLR.
TAMPA FL 33602

CIUDAD DE LA PLANT
PALACIO DE JUSTICIA DE PLANT CITY
301 N MÍCHIGAN AVE
CIUDAD DE LA PLANTA FL 33563

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA DELITOS MENORES
CONDADO DE HILLSBOROUGH, FLORIDA

FORMA DE APLICACIÓN

Antes de los próximos 10 días laborables, esta aplicación, junto con la Solicitud de Consideración para la Renuncia a un Juicio Rápido y $20.00 de honorarios, deberá ser devuelto a la siguiente direccion:

CLERK OF THE CIRCUIT COURT (MIP)
George E. Edgecomb Courthouse 800 Twiggs Street, 1st Floor, Tampa, FL 33602

Este honorario de $20.00 no será reembolsable. Deberá ser pagado en forma de giro postal(Money Order) a nombre de :

CLERK OF THE CIRCUIT COURT (MIP)

El aplicar a este programa no lo excusa a usted de su día para comparecer en corte.

DÍA DE OFENSA		**NÚMERO DE CASO**			
APELLIDO		**NOMBRE**		**INICIAL**	
DIRECCIÓN					
CIUDAD		**ESTADO**		**CÓDIGO POSTAL**	
TELÉFONO CASA		**TELÉFONO TRABAJO**			
FECHA DE NACIEMIENTO		**RAZA**		**SEXO**	
NÚMERO SEGURO SOCIAL		**NÚMERO LICENSIA CONDUCIR**			

OTRO NÚMERO DE TELÉFONO O DIRECCIÓN, QUE PODAMOS CONTACTARLO:

_____

OTRO NOM BRE(S) CON LOS QUE USTED ES CONOCIDO O QUE USTED USA: _____

MARCAR UNO: | | **YO NO TENGO CARGOS ANTERIORES CRIMINALES O DE TRÁFICO.**

| | **YO POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE MI HISTORIAL COMPLETO CRIMINAL Y DE TRÁFICO, INCLUYENDO MI HISTORIAL JUVENIL Y LOS CASOS DE TRÁFICO/CRIMINAL QUE HAN SIDO CERRADO O REMOVIDOS, ESTÁN NOMBRADOS POSTERIORMENTE.**

Fecha del Cargo	**Lugar**	**Cargo**	**Sentencia/Fecha**

FAVOR CONSIDERAR ESTA COMO MI APLICACION FORMAL PARA EL PROGRAMA DE INTERVENCION DE DELITOS MENORES

FIRMA DEL APLICANTE _____

El no revelar su historial criminal nacional completo, podría resultar en una violación y la terminación del programa.

Revised 9/2015

EN EL CONDADO DE LOS TRECE CIRCUITOS JUDICIALES
EN Y EL CONDADO DE HILLSBOROUGH, ESTADO DE FLORIDA
DIVISION DE JUSTICIA CRIMINAL

ESTADO DE LA FLORIDA
VS.

_____
Nombre Impreso

NÚMERO DE CASO_____

DIVISIÓN _____

SOLICITUD DE CONSEDERACIÓN PARA EL PROGRMA DE INTERVENCIÓN DE DELITOS MENORES Y RENUNCIA A UN JUICIO RÁPIDO

Yo entiendo, que solicito la consideración para el Programa de Intervención Delito Menores. Yo voluntariamente renuncio a mi derecho a un juicio rápido, de acuerdo a la Regla de Procedimiento Penal de la Florida 3.191; como se explica en la hoja de información provista. Por la presente renuncio a mi derecho a un juicio rápido.

_____ Firma del Demandado

_____ Fecha

FAVOR DE COMPLETAR LO SIGUIENTE:

Dirección Postal					
Ciudad		Estado		Código Postal	
Lugar de Empleo					
Teléfono Casa		Teléfono Trabajo			

****ESTA FORMA <u>TIENE</u> QUE SER NOTARIZADA O SU APLICACIÓN NO SERÁ ACEPTADA.**
****NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA - USO PARA EL NOTARIO SOLAMENTE.**

Jurado y suscrito ante mi este día _____ de _____, 20_____.

_____ Notario Público

_____ Mi comisión expira

Conozco Personalmente _____ o Presentó Identificación _____

Tipo de Identificación presentada _____

Revised 9/2015