

DEPARTAMENTO DE CORRECCIÓN DE IDAHO
Acuerdo de Supervisión para Agresores Sexuales

A continuación se encuentran los términos y condiciones de libertad condicional/preparatoria con el Departamento de Corrección de Idaho (IDOC, según sus siglas en inglés). Usted debe reconocer que entiende y está de acuerdo con cada término y condición identificados colocando sus iniciales en las áreas _____ que se proporcionan abajo.

1. _____ Yo cumpliré con los requerimientos del Código de Idaho, Título 18, Capítulo 83 en cuanto a la inscripción como agresor sexual.
2. _____ Yo no compraré, produciré, poseeré, ni miraré ningún medio material (fotografías, revistas, libros, videoscasettes o películas) que puedan actuar como un estímulo a mi comportamiento sexual. Tampoco poseeré, ni miraré ningún material que contenga desnudez masculina o femenina. Yo no estaré presente en donde esté disponible material de este tipo.
3. _____ Yo no me suscribiré, ni usaré, ni tendré acceso a servicio de internet, incluyendo correo electrónico o cualquier otro material de internet sin el permiso de mi agente supervisor de libertad condicional/preparatoria (PPO, según sus siglas en inglés) y de la persona o entidad que me proporciona tratamiento de agresión sexual (SOTP, según sus siglas inglés).
4. _____ Yo no participaré en ningún comportamiento sexual pervertido, incluyendo sadomasoquismo, bestialismo, fijación sexual con prendas de vestir, voyerismo, exhibicionismo, masturbación en público o frotamiento.
5. _____ Yo cumpliré con todas las restricciones de viaje impuestas por my PPO.
6. _____ No iniciaré, ni mantendré o estableceré contacto con ninguna persona menor de 18 años de edad, sin la presencia de un(a) chaperón(a) mayor de 21 años de edad quien haya sido aprobado por mi PPO y por mi SOTP.
7. _____ Yo no formaré un interés romántico, ni me uniré a una relación sexual, hasta que mi PPO y mi SOTP determinen que el individuo es capaz de dar permiso efectivo.
8. _____ No formaré una relación íntima con ninguna persona que tenga custodia física o compartida de un niño menor de 18 años de edad, ni tampoco residiré ni me quedaré en un lugar frecuentado por niños menores de edad, o en el que residan los mismos, salvo que sea aprobado por mi PPO y mi SOTP.
9. _____ Yo le presentaré a mi PPO y a mi SOTP a cualquier persona con la cual yo deseo tener actividad sexual para obtener su aprobación. Actividad sexual se define como comunicación verbal y no verbal con orientación sexual, y cualquier forma de caricia romántica, erótica, excitante sexualmente, incluyendo besos, y contacto oral, manual, genital o corporal de cualquier tipo.

10. _____ Yo no viviré cerca de lugares en donde se congreguen menores de edad o víctimas de elección (i.e. parques, parques infantiles, escuelas, salas de videojuegos, piscinas, guarderías, bibliotecas, Iglesias, eventos especiales) o cualquier otra área de riesgo según lo identifique mi PPO y las restricciones específicas del distrito. Una solicitud para hacer una excepción debe ser entregada en un formulario de permiso para actividades y debe ser aprobada por escrito por mi PPO.

11. _____ Yo estoy de acuerdo en obtener una evaluación especializada de agresor sexual. El evaluador y mi SOTP deben estar en la lista de individuos o entidades que proporcionan tratamiento aprobada por la Junta de Gerencia de Agresión Sexual.

12. _____ Yo cumpliré con todos los requerimientos del programa de tratamiento y participaré activamente en el tratamiento hasta que el SOTP y mi PPO conjuntamente recomiendan que me den de alta. Yo no cambiaré programas de tratamiento sin antes obtener la aprobación de mi PPO.

13. _____ Yo estoy de acuerdo en pagar todas las obligaciones financieras en las que haya incurrido por mis terapias y tratamiento.

14. _____ Yo proporcionaré información completa y veraz para cualquier evaluación psicológica o fisiológica que se lleve a cabo cuando lo solicite mi PPO o el SOTP.

15. _____ Yo mantendré empleo remunerado y obtendré aprobación de mi PPO antes de comenzar algún nuevo empleo o de cambiar mi empleo actual. Yo le informaré a mi empleador actual o potencial acerca de mi(s) delito(s). Yo le notificaré de inmediato a mi PPO si mi empleo ha concluido por cualquier razón.

16. _____ De conformidad al Código de Idaho §19-5506, yo cumpliré con el requerimiento de la toma de muestra de ADN.

17. _____ De conformidad al Código de Idaho §18-8323, yo entiendo que el IDOC podría avisar a mis vecinos, empleadores y otras partes interesadas acerca de mi condena y el estado de supervisión.

Firma de Persona en Libertad Condicional/
Preparatoria

Fecha

Nombre de Persona en Libertad Condicional/
Preparatoria (Letra imprenta)

Firma de Testigo

Fecha

Nombre de Testigo (Letra imprenta)