



Estimado solicitante:

Gracias por su interés en aplicar a Dismas House of Nashville, una comunidad de vida de transición que atiende a ciudadanos que han sido recientemente liberados por más de 45 años. Creemos que Dismas House ofrece una oportunidad de reingreso innovadora y única que respalda sanación y transformación mientras ayuda en la transición, ajuste y reintegración a la comunidad. "Dismas es familia", y esta familia cree en las segundas oportunidades. Nos complace que esté interesado en unirse a nuestro programa. Para acelerar el proceso de admisión, incluya los elementos que se enumeran a continuación con su paquete de solicitud.

- Una copia de su Hoja de TOMIS
- Una copia de su Hoja de Sentencias de TOMIS
- Una copia de su Informe Disciplinario de TOMIS
- Una copia de su Informe de Grupo de Amenazas de Seguridad
- Cualquier carta de recomendación o referencias (si aplica).
- Cualquier certificado de finalización del programa (si corresponde).

Por favor **marque las casillas** a continuación para reconocer que comprende las siguientes expectativas y reglas de Dismas House of Nashville.

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que como residente de Dismas House: (nombre en letra de molde)

- No se me permite trabajar durante un mínimo de 30 días después de mi llegada para concentrarme en la sanación y los ajustes necesarios para apoyar mi transición al mundo libre.
- Participaré en TODA la programación requerida de Dismas House durante mi estadía. • El personal de Dismas se reserva el derecho de pedirme que abandone el programa / campus inmediatamente si se descubre que proporcioné información falsa durante el proceso de admisión, así como durante mi residencia.
- Recibir una sanción disciplinaria después de la aceptación al programa podría resultar en una revocación de la decisión de admisión. • Los primeros 30 días de residencia son condicionales y el personal se reserva el derecho de pedirme que deje el programa y la casa si se hace evidente que no soy un "buen candidato" para el programa Dismas.
- Estoy de acuerdo en cumplir con todas las políticas, procedimientos, expectativas y estándares de vida establecidos por el programa Dismas House y entiendo que el personal de Dismas se reserva el derecho de hacer cambios a estos durante mi residencia.
- Dismas es un entorno de vida sobrio, y es posible que me despidan por usar sustancias ilegales y / o alcohol, incluido cualquier cosa que pueda causar una prueba de detección de drogas positiva, legal o ilegal (es decir, CBD, Kratom, etc.)
- Dismas se reserva el derecho de darme de alta si no cumplo con mi plan de transición / tratamiento, que incluye terapia individual y grupal semanal y reuniones diarias de 12 pasos; y puede requerir tomar medicamentos recetados para apoyar mi tratamiento y una transición exitosa.
- Estoy de acuerdo con cumplir con todas las condiciones de supervisión establecidas por cualquier agencia estatal o del condado. • Estoy de acuerdo en seguir diligentemente un estilo de vida positivo y autosostenible que incluya, entre otros, ingresos legítimos, vida independiente y vivienda permanente.
- Si soy elegible para los fondos del RHP (Programa de Vivienda Residencial), acepto pagar las tarifas

del programa por un monto de \$ 19 por "noche de cama" a partir del día 61 de mi residencia y / o 14 días después del empleo.

- Si no soy elegible para los fondos de RHP, acepto pagar un depósito de \$ 150 a mi llegada y comenzar a pagar las tarifas del programa por un monto de \$ 19 por "noche de cama" a partir del día 31 de residencia. *(Nota: las tarifas del programa del primer mes no se aplican a quienes no son elegibles para RHP).*
- Debido a COVID-19, se me pedirá que siga ciertas políticas y cambios de procedimiento que pueden incluir en parte: pasar hasta una semana o más en un arreglo de cuarentena "modificado" y cambios en nuestras políticas normales de transporte, visitas y toque de queda. , etc.

---

Firma del solicitante y Fecha

## DISMAS HOUSE OF NASHVILLE - SOLICITUD DEL PROGRAMA

Por favor proporcione toda la información solicitada - si no lo hace, se retrasará el proceso de admisión o resultará en la denegación.

### INFORMACION PERSONAL:

Nombre: Alias:

Fecha de nacimiento: \_\_Edad: \_\_\_\_\_ Número de TDOC u OCA:

Dirección postal actual:

Situación de vida actual (marque todas las que correspondan):  Sin hogar  Refugio  Programa de tratamiento  Encarcelado  Vivienda pública  Vivienda privada  con otra persona significativa  con la familia  con otras personas

¿Ha vivido alguna vez en el condado de Davidson, TN?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo? ¿Por cuanto tiempo?

¿Dónde vivía inmediatamente antes de ser encarcelado?

Ciudad, Condado, Estado

### ESTADO ACTUAL:

Si actualmente está encarcelado, ¿en qué centro de TN?

Fecha de liberación esperada: \_\_\_\_\_ o Fecha de audiencia de libertad condicional:

Decisión de libertad condicional (si corresponde):  Sí  No

Consejero de reingreso / Administrador de casos: Nombre: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico de contacto: \_\_\_\_\_ Número de teléfono directo: \_\_\_\_\_

Lista de todas las disciplinas: \_\_\_\_\_

### APOYO PERSONAL:

Pariente vivo más cercano: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Ubicación del pariente más cercano: \_\_\_\_\_

(Ciudad, Condado, Estado)

¿Es esta persona una influencia positiva en su vida?  Sí  No

Estado civil:  Casado  Comprometido  Soltero  Separado  Divorciado  No casado, pero en relación

Si corresponde, ¿es su pareja una influencia positiva en su vida?  Sí  No

¿Tiene hijos?  Sí  No Si la respuesta es "Sí", ¿cuántos? \_\_\_\_\_

¿Está en contacto regular con  Otro persona significativa  Hijos  Padres  Otra familia  Otros

### HISTORIAL DE ADICCIÓN Y SALUD:

¿Alguna vez ha tenido problemas con el abuso de sustancias / dependencia de sustancias químicas (marque todas las opciones que correspondan)? **Marque todo lo que corresponda.**  Sí  No  Actual  En el Pasado

En caso afirmativo, edad del primer uso: \_\_\_\_\_

Si la respuesta es "Sí", **marque todas las que correspondan:**

- Alcoholismo  Adicción a las drogas  Metanfetaminas  Anfetaminas  Opioides / heroína  Cocaína / crack  
 Marihuana  Otro (describa ) \_\_\_\_\_

¿Ha participado alguna vez en un programa de recuperación, rehabilitación, tratamiento o tratamiento de salud mental para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias?  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿cuántas veces? ¿Cuándo / dónde fue la más reciente? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha luchado con alguna adicción conductual no química? Los ejemplos pueden incluir juegos de azar, comida / comer en exceso, sexo, pornografía, compras / gastos, etc.  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", describa su (s) adicción (es):  Actual  Pasado

¿Alguna vez le han diagnosticado una condición psicológica como depresión, ansiedad, bipolaridad, esquizofrenia, etc.?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuál es / fue el diagnóstico? \_\_\_\_\_. ¿Está recibiendo tratamiento o tomando medicamentos para el diagnóstico?  Sí  No

Por favor proporcione información sobre TODOS los medicamentos recetados legales que ha tomado en los últimos cinco años:

Razón por la que está tomando actualmente	Nombre del medicamento ¿	tomando actualmente?
?	Razón por la que lo esta	Nombre del medicamento

**HISTORIAL DE EMPLEO:**

Último trabajo retenido: \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el tiempo más largo que ha tenido el mismo trabajo? \_\_\_\_\_

¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus planes de empleo futuros? \_\_\_\_\_

Grado más alto completado en la escuela GED / Hi-Set \_\_\_\_ Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Universidad / Educación postsecundaria \_\_\_\_\_

Escuelas vocacionales / comerciales \_\_\_\_\_

Certificados / Certificaciones: \_\_\_\_\_

Si las hay, ¿cuáles son sus metas futuras de educación / capacitación? \_\_\_\_\_

**ESTADO DE VETERANO**

¿Es usted un veterano?  Sí  No

Experiencia en combate?  Sí  No Rama? \_\_\_\_\_

Años de servicio: \_\_\_\_\_ Tipo de descarga \_\_\_\_\_

**REGISTRO DE CARGOS Y CONDENAS**

**\*\* Por favor, proporcione la información perteneciente a cargos y condenas independientemente de la ubicación o el resultado. \*\* (Si es necesario, utilice más papel).**

**Ubicación (ciudad, estado), Cargos, Año, Tiempo de condena,**

Proporcione detalles de su ofensa actual:

¿Por qué desea participar en nuestro programa?

Objetivos de corto plazo (1<sup>st</sup> 90 días):

\_\_\_\_\_

Metas a largo plazo (6 meses a 2 años): \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente subvención, mediante la firma, el permiso para que los

representantes de Dismas, Inc. con el uso de mi información y registros personales que se consideren necesarias. Entiendo que otorgo permiso para compartir información personal y registros entre representantes de Dismas, Inc. y con representantes de otras entidades, en particular representantes del Departamento de Corrección de Tennessee. Además, entiendo que los miembros del personal de Dismas, Inc. están obligados, por ley, a informar sobre mi intención de hacerme daño a mí mismo oa otros, o informar sobre niños en peligro de daño.

Entiendo que autorizo la divulgación de cualquiera o todos los siguientes:

- Historial médico, estado de salud, diagnóstico, examen, análisis de laboratorio e informes de tratamiento.
- Evaluaciones psicológicas y / o informes de evaluación psiquiátrica.
- Datos de historia social (incluida la familia), educación y cualquier otro material relacionado.
- Registros institucionales, incluidas las hojas del FBI y / o TBI, antecedentes penales, informes disciplinarios de las instalaciones, resúmenes de clasificación y / o informes previos a la sentencia.
- Cualquier información o documentos archivados por Dismas, Inc.

Entiendo que esta información puede ser utilizada para los siguientes propósitos:

- Reporte requerido por TDOC.
- Coordinación de rehabilitación médica, psicológica y social.
- Desarrollo de un plan de tratamiento y / o rehabilitación.
- Coordinación de asuntos judiciales.

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

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

La información obtenida será confidencial y solo se compartirá de acuerdo con las leyes federales de privacidad. El consentimiento permanecerá vigente durante 90 días después de la finalización o la terminación del programa Dismas.

Representante de Dismas: \_\_\_\_\_

### ***Dismas House Política del Título VI***

*La política de Dismas, Inc. es cumplir con la legislación federal y estatal del Título VI con el fin de garantizar que sus servicios no discriminen a las personas debido a su raza, color, origen nacional o dominio limitado del inglés. Si surgen quejas del Título VI, se abordarán de manera oportuna.*

*Ninguna persona de la organización Dismas podrá por motivos de raza, género, discapacidad, religión, origen nacional u orientación sexual ser excluida de la participación, negársele los beneficios o ser objeto de discriminación en cualquier programa o actividad asociada. con Dismas House*

### **Puede enviar la solicitud completa de una de las dos formas siguientes: en**

**1. Escanear /por correo electrónico como archivo adjunto a [Admissions@dismas.org](mailto:Admissions@dismas.org).**

**2. Envíe por correo la solicitud completa a: Atención:Admisiones**

**Dismas House  
2424 Charlotte Avenue  
Nashville, TN 37203**