JUVENILE REHABILITATION (JR)

# Orden de permiso de salida autorizada de JR

## JR Authorized Leave Order

### Plan de permiso de salida

_____, _____, tiene autorización para salir de _____
NOMBRE DEL MENOR NÚMERO DE JR INSTITUCIÓN

a las _____, del _____y debe regresar a las _____ del _____.
HORA FECHA HORA FECHA

OBJETIVO DEL PERMISO DE SALIDA (DE ACUERDO CON RCW 13.40.205)

PLAN PARA ALCANZAR ESTE OBJETIVO (SEA ESPECÍFICO)

### Términos y condiciones del permiso de salida autorizada

Mientras esté con permiso, me alojaré con _____
NOMBRE

en _____
CALLE Y NÚMERO / DIRECCIÓN POSTAL, INCLUYENDO CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL

Pueden llamarme al _____;
NÚMERO DE TELÉFONO

**Mientras esté con permiso:**

1. Obedeceré todas las leyes locales, estatales y federales;
2. No saldré del Estado de Washington sin aprobación previa;
3. No consumiré alcohol ni drogas (excepto con receta médica); y
4. Cumpliré las condiciones especiales que aparecen a continuación:

**Llevaré este formulario conmigo en todo momento mientras esté con permiso.**

Comprendo y cumpliré los términos y condiciones del permiso de salida autorizada. El incumplimiento de cualquiera de las condiciones podría causar la cancelación inmediata de este permiso. Acepto regresar a la hora establecida, o inmediatamente después de que se cancele este permiso. Comprendo que, si no lo hago, el estado puede procesarme por fuga.

| FIRMA DEL MENOR | FECHA |
|---|---|
| | |

### Acuerdo del padre, madre o adulto que supervisa

Acepto supervisar y ayudar al menor a cumplir con el plan y a cumplir con los términos y condiciones establecidos arriba.

Reportaré inmediatamente toda infracción a la institución en _____.

Sé que debo firmar y entregar este formulario a más tardar el _____.

| FIRMA DEL PADRE, MADRE O ADULTO QUE SUPERVISA | FECHA |
|---|---|
| | |

### Autorización de la institución

| FIRMA DEL ADMINISTRADOR DEL CASO | AUTORIZADO POR: | FECHA |
|---|---|---|
| | | |