



Minnesota Pretrial Questionnaire (Revised)

የMinnesota ቅድመ ችሎት መጠይቅ(የተሻሻለ)

Name/ስም (Last)/(የመጨረሻ ስም) (First)/(የመጀመሪያ ስም) (Middle)/(የመካከል ስም)				
Date of Assessment (dd/mm/yyyy): የገምገማው ቀን (ቀን/ወር/ዓመት ምህረት):-		DOB የትውልድ ቀን	Age እድሜ	
County of Residence/የመኖሪያ ሃገር:-		Duration/ቆይታ:-	yr/ዓመት	mo/ወር
Street Address/የጎዳና አድራሻ		Apt # የአፓርትሜንት #	City/ከተማ	State/እስቴት ZIP/ዚፕ
Mailing Address/የሜይል(የመልክት) አድራሻ		Apt # የአፓርትሜንት #	City/ከተማ	State/እስቴት ZIP/ዚፕ
Employment/ Education የሥራ ቅጥር/ትምህርት	1. Are you Currently employed?..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No በአሁኑ ጊዜ ተቀጥረው ነው ያሉት?..... አዎ አይ			
	If Yes/አዎ ከሆነ:- <input type="checkbox"/> Full-time/የሙሉ ጊዜ <input type="checkbox"/> Part-time/የትርፍ ጊዜ			
	If Part-time: <input type="checkbox"/> 20+ hrs/week <input type="checkbox"/> Less than 20 hrs/week የትርፍ ጊዜ ከሆነ:- 20+ ሰዓታት/በሰዓታት በሰዓታት ሰዓታት ከ 20 ሰዓታት በታች			
	2. Do you currently attend school?..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No በአሁኑ ጊዜ ትምህርት እየተማሩ ነው?..... አዎ አይ			
If Yes/አዎ ከሆነ:- <input type="checkbox"/> Full-time/የሙሉ ጊዜ <input type="checkbox"/> Part-time/የትርፍ ጊዜ				
If Part-time: <input type="checkbox"/> 20+ hrs/week <input type="checkbox"/> Less than 20 hrs/week የትርፍ ጊዜ ከሆነ:- 20+ ሰዓታት/በሰዓታት በሰዓታት ሰዓታት ከ 20 ሰዓታት በታች				
3. If you attend school and work, do your hours for both total 20 hours or more?..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ትምህርት እየተማሩ ወይም በሥራ ላይ ካሉ፣ ሰዓታቸው ለሁለቱም በአጠቃላይ 20 ሰዓት ወይም ከዚያ በላይ ይሰራሉ?..... አዎ አይ				
4. If you do not work outside the home, do you receive income from public assistance, social security benefits of any kind, disability benefits, or pension benefits?..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				

	<p>ከቤት ውጭ የማይሰሩ ከሆነ፣ ከሕዝብ እርዳታ፣ ከማንኛውም ዓይነት የማህበራዊ ዋስትና ጥቅማ ጥቅሞች፣ የአካል ጉዳት ጥቅማ ጥቅሞች ወይም የቡረታ ጥቅማ ጥቅሞች ገቢ ያገኛሉ?..... አዎ አይ</p> <p>5. If you do not work outside the home, do you have financial support while you care for children, elderly parents, or a relative?..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>ከቤት ውጭ የማይሰሩ ከሆነ ልጆችን፣ አረጋውያን ወላጆችን ወይም ዘመድዎን ሲንከባከቡ የገንዘብ ድጋፍ አለዎት?..... አዎ አይ</p> <p>6. Have you had an alcohol abuse problem in the last six months?..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>ባለፉት ስድስት ወራት ውስጥ የአልኮል ሱሰኝነት ችግር አጋጥሞዎታል?..... አዎ አይ</p> <p>7. Have you used illegal mood-altering chemicals during the last six months?..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>ባለፉት ስድስት ወራት ውስጥ ህገወጥ ስሜትን የሚቀይሩ ኬሚካሎችን ወይም እጾችን ተጠቅመዋል?..... አዎ አይ</p> <p>8. How many minor children or others live with you or receive financial support from you?</p> <p>ከእርስዎ ጋር የሚኖሩ ወይም ከእርስዎ የገንዘብ ድጋፍ የሚያገኙ ትንንሽ ልጆች ወይም ሌሎች ስንት ናቸው?</p> <p>Children/ልጆች:- _____ Others/ሌሎች:- _____ Total/አጠቃላይ:- _____</p> <p>9. Have you ever been in or served in the United States armed forces?..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>በUnited States የጦር ኃይሎች ውስጥ ገብተው ያውቃሉ?..... አዎ አይ</p>
Substance Use/ የአደንዛዥ እጽ አጠቃቀም	
Children/ ልጆች	
Military/ ወታደር	

Please enter the name, relationship, and phone number of someone who knows you well:	Name	Relationship	Phone
እባክዎ እርስዎን በደንብ የሚያውቅ ሰው ስም፣ ያላችሁን ግንኙነት እና ስልክ ቁጥር ያስገቡ:-	ስም	ግንኙነት	ስልክ

<p>Systems Checked (Probation. use only) የታዩ ሲስተሞች(ስረዓትዎች) (ለሙከራ ብቻ የሚውል)</p> <p><input type="checkbox"/> BCA <input type="checkbox"/> CSTS <input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/> MNCIS/MGA</p> <p><input type="checkbox"/> CISR <input type="checkbox"/> GLWS <input type="checkbox"/> DL <input type="checkbox"/> JMS</p>	<p>P.O./የፖስታ ሳጥን(P.O)</p>
---	----------------------------------