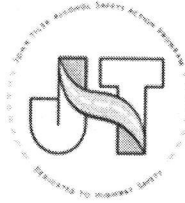


# John Tyler ASAP

ALCOHOL SAFETY ACTION PROGRAM

HENRICO OFFICE  
4116 East Parham Road  
Henrico, VA 23228  
804-914-2181  
jtasap.com



CHESTERFIELD OFFICE  
9620 Iron Bridge Road #101  
Chesterfield, VA 23832  
804-914-2181  
jtasap.com

## INFORMACION PARA LA CITA DE INGRESO

*(Por favor lea y completa toda la información excepto por la cita fecha y hora)*

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Segundo Nombre

Licencia#: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle/P.O. BOX)

Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ / ( ) \_\_\_\_\_ / ( ) \_\_\_\_\_  
(Casa) (Trabajo) (Otro)

Correo Electronico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### POR FAVOR RECUERDE

- Usted está requerido llegar a tiempo a su cita.
- Tardanza o Fracaso para atender esta cita puede resultar en su regreso a corte / o puede ser removido del programa. Sera cobrado un cargo de \$25 dólares por cada cita que se tendrá que rehacer.
- Usted es responsable por la tarifa de ingreso para ASAP de \$400. Pagos se pueden hacer en la forma de giro postal o cheque de caja (money order or cashier's check) a nombre de John Tyler ASAP o tarjeta de crédito.
- NO SE ACEPTAN CHECKES PERSONALES
- TODAS LAS TARIFAS SON NO REMBOLSABLES.
- Si tiene dificultad para leer o escribir, por favor traiga a alguien para ayudarle a rellenar toda la información.
- Por la corte o por ingreso voluntario, usted ha sido colocado en libertad condicional y ha sido referido a John Tyler ASAP. Para completar con éxito, su asistencia para esta cita y citas del futuro son obligatorias.

FECHA: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_  
YO E LEIDO Y ENTENDIDO LO QUE ESTÁ ESCRITO ARRIBA

### Cita de Orientación

Su cita de ha sido programada a las \_\_\_\_\_ a.m. / p.m.  
En el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

**FAVOR DE TRAER UN TRADUCTOR CON USTED**

## VIRGINIA ALCOHOL SAFETY ACTION PROGRAM

### ACUERDO DE PARTICIPAR

*Lea Cada Declaración Y Escriba Sus Iniciales En La Línea Que Sigue A Cada Declaración.*

**Como participante de ASAP, está sujeto a las siguientes reglas del programa. Estas reglas se aplican si está inscrito como referencia judicial o si está inscrito cumpliendo con un requisito del DMV.**

Entiendo que debo reunirme con mi administrador de casos de ASAP según lo considere necesario. \_\_\_\_

Entiendo que soy responsable de mantener informado a mi administrador de casos sobre cualquier cambio de dirección y cambio de números de teléfono. \_\_\_\_

Entiendo que soy responsable de informar a mi administrador de casos sobre cualquier nueva infracción penal o de tránsito. \_\_\_\_

Entiendo que soy responsable de informar a mi administrador de casos sobre cualquier otro cambio que pueda afectar mi participación en ASAP. \_\_\_\_

Entiendo que debo pagar la tarifa de ASAP en su totalidad o establecer un plan de pago, al cual cumpliré. El plan de pago se aplica sólo a la participación ordenada por el tribunal. \_\_\_\_ (el pago completo debe realizarse al momento de la inscripción para los casos administrativos y de orden del DMV)

Entiendo que soy responsable de pagar una tarifa de reprogramación de \$25 por las citas o clases perdidas de ASAP. \_\_\_\_

Entiendo que soy responsable de pagar los costos de cualquier servicio de tratamiento que pueda recibir directamente al proveedor del tratamiento. \_\_\_\_

Entiendo que debo estar enganchado y participar activamente en las clases de educación de ASAP. \_\_\_\_

Entiendo que debo asistir a todas las clases educativas y sesiones de tratamiento de ASAP, si es aplicable, en un estado libre de ebriedad de alcohol y drogas ilícitas. \_\_\_\_

Entiendo que debo seguir con éxito el plan de tratamiento prescrito por el proveedor de tratamiento o mi caso quedará en estado de incumplimiento. \_\_\_\_

Entiendo que debo asistir a todas las sesiones de tratamiento educativo y cumplir con las políticas de asistencia. \_\_\_\_

Entiendo que debo someterme a una prueba de aliento cuando lo solicite un representante de ASAP. \_\_\_\_

Entiendo que, si tengo una orden judicial de permanecer en abstinencia, no se me permitirá beber alcohol en ningún momento ni usar drogas ilícitas y que se me exigirá que me someta a pruebas de drogas y alcohol. \_\_\_\_

Entiendo que una prueba positiva de alcohol, uso de drogas ilícitas o una violación del dispositivo del interbloqueo de ignición resultará en la reclasificación de mi caso y puede resultar en que mi caso sea devuelto a la corte, si está bajo la jurisdicción de la corte. \_\_\_\_

Entiendo que debo cumplir con este acuerdo de participación y que el incumplimiento dará como resultado que mi caso sea devuelto a los tribunales por incumplimiento, si está bajo la jurisdicción del tribunal. Además, entiendo que, si estoy inscrito para cumplir con un requisito del DMV, mi incumplimiento resultará en que mi caso se cierre sin éxito. \_\_\_\_

Entiendo que el Código de Virginia requiere que ingrese y complete exitosamente un Programa de Acción para la Seguridad del Alcohol (ASAP) para poder restablecer mi licencia. Entiendo que, si no cumplo con lo que se requiere del ASAP en este momento, podré volver a inscribirme más adelante y tendré que pagar la(s) tarifa(s) de inscripción requeridas y cualquier saldo impago del ASAP. \_\_\_\_

HE LEÍDO LO ANTERIOR Y ENTIENDO COMPLETAMENTE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE MI PARTICIPACIÓN EN ASAP.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Ofensor (*impresión*)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Ofensor (*Firma*)

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

## **Código de Conducta para Participantes de ASAP**

Entiendo que el Programa de Acción para la Seguridad del Alcohol (ASAP) se compromete a mantener un entorno seguro, respetuoso y profesional para el personal, los proveedores de servicios y los participantes. Este Código de Conducta establece expectativas de comportamiento claras para mi participación en los servicios de ASAP.

### **Comportamiento Prohibido**

Yo entiendo que ciertos comportamientos están estrictamente prohibidos, incluyendo, entre otros:

- Comportamiento amenazante, intimidante, acosador, abusivo o agresivo hacia el personal, los proveedores o los participantes.
- Uso de lenguaje obsceno, despectivo, discriminatorio o abusivo dirigido a otras personas.
- Conducta disruptiva que interfiera con las clases, las sesiones de tratamiento, las citas o las actividades del programa.
- Negarse a cumplir con las instrucciones razonables y legales del personal relacionadas con los requisitos del programa.
- Actos de violencia, intentos de violencia o comportamiento que genere un riesgo para la seguridad.
- Daños a la propiedad del programa, a las instalaciones del proveedor o a la propiedad de terceros.
- Grabación, fotografía o distribución no autorizada de imágenes o audio sin consentimiento previo.
- Comunicaciones abusivas, amenazantes o acosadoras en cualquier formato.
- Cualquier conducta que comprometa la seguridad del personal, los proveedores, los participantes o las instalaciones.
- Grabación, fotografía o distribución no autorizada de imágenes o audio del personal, los proveedores o los participantes sin su consentimiento, independientemente de si quien graba participa en la conversación.

Violaciones pueden resultar en la devolución de mi caso a la autoridad remitente, la cual podrá imponer las sanciones o penalizaciones que considere oportunas.

### **Reconocimiento**

Mi firma a continuación confirma que he recibido, leído y comprendido este Código de Conducta.

**Nombre del cliente (en letra de imprenta)** \_\_\_\_\_

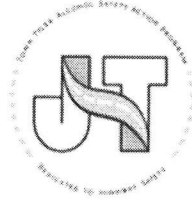
**Firma** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

# John Tyler ASAP

ALCOHOL SAFETY ACTION PROGRAM

HENRICO OFFICE  
4116 East Parham Road  
Henrico, VA 23228  
804-914-2181  
jtasap.com



CHESTERFIELD OFFICE  
9620 Iron Bridge Road #101  
Chesterfield, VA 23832  
804-914-2181  
jtasap.com

## Acuerdo sobre el vídeo de orientación

I, \_\_\_\_\_, Certifico que he visto el video de orientación de VASAP.  
en: jtasap.com .

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

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

# Virginia Alcohol Safety Action Program

## Cuestionario de Admisión

Nombre Completo: \_\_\_\_\_  
(Primero) (Segundo) (Apellido)

Dirección de Envío Postal: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Número de teléfono principal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de teléfono secundario: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de licencia de Conducir: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Historial Médico

Condiciones: \_\_\_\_\_

Medicamentos

recetados: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez un profesional médico le ha dicho que no consuma alcohol ni drogas?  Si  No

¿Desintoxicación previa o atención médica debido a un trastorno por consumo de sustancias?

Si  No

¿Tiene usted alguna condición médica directamente relacionada con su consumo de alcohol o drogas?  Si  No

Si es así, enlista las condiciones:

\_\_\_\_\_

Historial Legal ¿Has tenido alguna...

Arrestos o Condenas Anteriores por: (No incluya su condena actual)

DUI?  Si  No ¿Cuántas? \_\_\_\_\_ Intoxicación Pública?  Si  No ¿Cuántas? \_\_\_\_\_

Posesión de Alcohol Siendo Menor de edad?  Si  No ¿Cuántas? \_\_\_\_\_

Delitos Relacionados con Drogas?  Si  No. ¿Cuántas? \_\_\_\_\_

Otras condenas penales por delitos de tráfico (como conducción imprudente)?  Si  No

¿Cuántas? \_\_\_\_\_

Enlista los cargos:

¿Tiene algún cargo pendiente?  Si  No

Enlista los cargos pendientes, si  
corresponde \_\_\_\_\_

¿Está actualmente en período de probación legal con alguna otra agencia?  Si  No

Nombre de la agencia de libertad condicional \_\_\_\_\_

Nombre del oficial de libertad condicional \_\_\_\_\_

Acerca de su referencia actual

¿Cuál fue su cargo/delito  
original? \_\_\_\_\_

Fecha del cargo/delito  
original: \_\_\_\_\_

¿Por qué delito fuiste condenado? \_\_\_\_\_

Tribunal de Convicción \_\_\_\_\_

Fecha de la  
condena: \_\_\_\_\_

¿Qué bebidas alcohólicas y/o qué drogas consumía el día de su arresto?

¿Cuánto bebiste/consumiste ese día? \_\_\_\_\_

¿Tuviste un accidente ese día?  Si  No ¿Hubo heridos?  Si  No

¿Cuál era su nivel de alcohol en la sangre en el momento (BAC) del arresto? \_\_\_\_\_

¿Te Sentiste ebrio?  Si  No

Historia de Alcohol y Drogas

¿Cuántos días a la semana consumes alcohol? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto alcohol consumes en esas  
ocasiones?

¿Cuándo fue la última vez que consumiste alcohol? \_\_\_\_\_

¿Cuánto consumiste? \_\_\_\_\_

¿Qué drogas ha consumido en los últimos seis meses?

Marihuana (para casos de DUID y casos de Delincuentes Juveniles acusados de Marihuana)  Cocaína  Heroína  Anfetaminas

¿Tiene usted un trastorno por consumo de sustancias?  Si  No

¿Alguna vez has intentado dejar de ...?

Beber?  Si  No Si es así, ¿cuánto tiempo te abstuviste? \_\_\_\_\_

Usando Drogas?  Si  No Si es así, ¿cuánto tiempo te abstuviste? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tomado un medicamento que no le fue recetado?  Si  No

Si es así, ¿qué medicamento tomaste? \_\_\_\_\_ Cuando? \_\_\_\_\_

¿Has tenido alguna...?

Educación previa de Alcohol/Droga?  Si  No

Si es así, ¿Dónde?: \_\_\_\_\_ ¿Cuándo?: \_\_\_\_\_

Previous Alcohol/Drug Treatment?  Si  No

Si es así, ¿Dónde? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo?: \_\_\_\_\_

¿Participación previa en ASAP?  Si  No

Si es así, ¿Dónde?: \_\_\_\_\_ ¿Cuándo?: \_\_\_\_\_

**Certifico que esta información es exacta según mi leal saber y entender.**

Nombre Imprinto: \_\_\_\_\_

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

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

# John Tyler ASAP

ALCOHOL SAFETY ACTION PROGRAM

HENRICO OFFICE  
4116 East Parham Road  
Henrico, VA 23228  
804-914-2181  
jtasap.com



CHESTERFIELD OFFICE  
9620 Iron Bridge Road #101  
Chesterfield, VA 23832  
804-914-2181  
jtasap.com

## REQUISITOS DEL DMV HOJA DE INFORMACIÓN

Toda la información está sujeta a cambios

Si usted ha sido referido al programa ASAP por la corte y se le otorga una licencia restringida, usted debe hacer lo siguiente dentro de los 60 días de su fecha de corte para que el DMV no suspenda su licencia restringida:

1. Usted tendría que haber entregado su licencia a al secretario de la corte o el Juez el día de su convicción.
2. Usted puede ser emitido una licencia restringida (copia-formulario verde DC265) por la corte. Después de que usted venga a New River Valley ASAP ASAP para inscribirse en el programa, se le permite conducir en este orden (a menos que haya un requerimiento de enclavamiento de ignición) hasta el momento en que se aplica al DMV para la segunda parte (copia de la foto) de su licencia restringida, **siempre y cuando no hay otros problemas con su licencia de conducir. Usted debe esperar al menos 30 días de su fecha de la corte antes de que usted pueda ir al DMV, pero usted está obligado a ir dentro de los 60 días de la fecha de su corte.**
3. Si eres requerido tener el sistema de ignición de vehículo, está requerido instalarse en su vehículo primario (a menos indicado por la corte ordenar instalarse a todo vehículo registrado a su nombre) y todo vehículo titulado a su nombre si este será su segundo DUI. El dispositivo de enclavamiento de ignición debe instalarse en su vehículo(s) dentro de los 30 días siguientes a la orden de la corte. No puedo manejar ningún vehículo si estoy requerido tener el sistema de Interlock hasta que se instale.
4. El DMV puede enviarle una carta solicitando que usted haga lo siguiente:
  - A. Proporcione la prueba al DMV que usted ha archivado para aseguranza con el FR-44. Este es un seguro de riesgo asignado, y el formulario FR-44 se obtiene de su compañía de seguros. Pídale al agente de seguros que haga una nota especial en el formulario FR-44, demostrando que se está presentando como resultado de su condena por DUI. Esto ayudará al DMV a procesar su restricción mucho más rápido.

Usted debe pagar una fianza de reintegro a su DMV local. Guarde su recibo. (comenzando el 1 de julio de 2011, además de la fianza de reintegro, la ley de Virginia requiere el pago de un honorario de \$5 por cada suspensión adicional o orden de revocación en efecto al restablecer los privilegios de conducir.)

**Recuerde, incluso si usted no recibe una carta del DMV, les su responsabilidad de obtener la parte de la foto de plástico de su licencia restringida del DMV dentro de los 60 días de su fecha de la corte!** Si usted no obtiene la parte de la foto de su licencia restringida del DMV dentro de los 60 días de la fecha de su corte, su licencia es revocada. **No puedes conducir.**

Si necesita corregir la información o hacer cambios en su licencia restringida verde, debe acudir al secretario de la corte para que lo haga. ASAP no tiene la autoridad para hacer ningún cambio en su licencia restringida. Si usted recibe una nueva licencia restringida, debe venir a New River Valley ASAP ASAP para que lo firmen y sellen. Si tiene alguna otra pregunta relacionada con su licencia restringida o la presentación del formulario de seguro FR-44, debe ponerse en contacto con el DMV o con su agente de seguros.

Usted puede necesitar una prueba legal de su identidad en el DMV, es decir, certificado de nacimiento, tarjeta de seguro social. Para más información, póngase en contacto con el DMV.

**Programa de Acción para la Seguridad de Alcohol de Virginia**

# VASAP CONSENT FOR THE RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION - GENERAL

Nombre de Persona a Prueba: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Por la presente, otorgo al Programa de Acción de Seguridad del Alcohol de Virginia (VASAP) mi consentimiento para intercambiar información relacionada con mis requisitos de ASAP con: - el récord tribunal de registro/remisión judicial

- la oficina del Fiscal de la Commonwealth- the Commonwealth Attorney's office
- el abogado(s) de registro- attorney(s) of record
- las agencias de aplicación de la ley locales, estatales y federales -- local, state and federal law enforcement agencies
- otras entidades de justicia penal- other criminal justice entities
- el Departamento de Vehículos Motorizados de Virginia- the Virginia Department of Motor Vehicles
- los proveedores de servicios de interbloqueo de ignición de VASAP correspondientes y los proveedores remotos de servicios de alcohol - applicable VASAP ignition interlock service providers and remote alcohol service providers

Con el fin de facilitar, supervisar, verificar e informar sobre mi participación y cumplimiento de los requisitos de ASAP.

Entiendo que un tribunal me está remitiendo al Programa de Acción para la Seguridad en el Consumo de Alcohol. La información sobre mi participación se informará al tribunal y mi consentimiento para ese fin terminará una vez que complete con éxito mi período de prueba del ASAP. En caso de incumplimiento, este Consentimiento para la Divulgación de Información Confidencial no caducará hasta que el tribunal remitente finalice formalmente la supervisión del caso por parte del Programa de Acción para la Seguridad en el Consumo de Alcohol.

Entiendo que me estoy inscribiendo en el Programa de Acción para la Seguridad en el Consumo de Alcohol para cumplir con un requisito del DMV. Este Consentimiento para la divulgación de información confidencial caducará automáticamente una vez que finalice mi participación en el ASAP.

Entiendo que mis récords están protegidos por las Regulaciones Federales de Confidencialidad (42CFR Parte 2) y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito a menos que las regulaciones dispongan lo contrario. Además, entiendo que toda la información sobre el tratamiento está protegida por la HIPPA y el ASAP no puede divulgarla sin mi consentimiento; sin embargo, si decido transferirme a otro ASAP, todos los registros, incluidos los registros de tratamiento, se enviarán al ASAP supervisor para administrar mi caso de manera efectiva. Una copia de este formulario de Consentimiento para la divulgación de información confidencial se considerará válida como el original.

Ejecutado este \_\_\_\_\_ día de (Mes) \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_

Firma del Participante: \_\_\_\_\_

Padre/ Firma de Guardian (requerido si es menor de 18 años de edad): \_\_\_\_\_

Para Revocar este CONSENTIMIENTO DE VASAP PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL - GENERAL revoke consent for release of information, complete this section.

Para revocar este consentimiento de VASAP para la divulgación de información confidencial - general, complete esta sección.

Fecha de revocación: \_\_\_\_\_

Firma del Participante: \_\_\_\_\_

Padre/ Firma de Guardian (si es necesario): \_\_\_\_\_

PROHIBITION ON RE-DISCLOSURE: This information has been disclosed to you from records protected by Federal Confidentiality Rules (42 CFR Part 2). The Federal Rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2. A general authorization for the release of medical or other information is not sufficient for this purpose.

# **Virginia Alcohol Safety Action Program**

## **Formulario de consentimiento para la autorización de comunicaciones electrónicas**

Entiendo que debido al riesgo de que las comunicaciones electrónicas sean mal dirigidas, pirateadas o interceptadas por terceros no deseados, el Programa de Acción para la Seguridad del Alcohol de Virginia (VASAP) no puede garantizar que los mensajes confidenciales enviados a través de Internet no estén sujetos a una divulgación no deseada u otras violaciones de la privacidad.

Entiendo que las comunicaciones electrónicas hacia/desde VASAP pueden contener información personal protegida por las pautas federales de confidencialidad.

Además, comprendo que las comunicaciones electrónicas enviadas hacia o desde aparatos de trabajo pueden estar sujetas a revisión por parte de mi empleador.

Doy mi consentimiento para el uso de aparatos electrónicos como, entre otros, teléfonos móviles, tabletas, computadoras portátiles, etc.

Al reconocer lo anterior, por la presente autorizo al Programa de Acción para la Seguridad del Alcohol de Virginia a comunicarse conmigo a través de comunicaciones electrónicas en relación con mi caso hasta que se cierre mi caso ASAP o yo rescinda esta autorización.

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

Nombre Imprenta : \_\_\_\_\_

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_