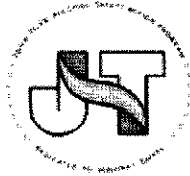


John Tyler ASAP

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#: _____

Sexo: Masculino / Femenino Fecha de Nacimiento: _____ Raza: _____

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.** _____ (iniciales)
- 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 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

FAVOR DE TRAER UN TRADUCTOR CON USTED

Cita de Orientación

Tu cita de orientación ha sido programada a las _____ a.m. / p.m

En el día _____ de _____ de 20 _____.

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, es 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

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 (*impresa*)

Nombre del Ofensor (*Firma*)

Fecha de firma



Acuerdo de Participación de Interbloqueo de Ignición

www.vasap.virginia.gov

información del participante

Numero de Licencia de Conducir

Estado

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Ciudad / Código Postal: _____

Numero de Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____ Correo electrónico: _____

Acuerdo

Al firmar a continuación, reconozco que he revisado y acepto cumplir con los términos del Acuerdo de Participación de interbloqueo de ignición de VASAP y todas las leyes relacionadas con el programa de Virginia Interlock publicadas en el Código de Virginia.

Todos los participantes del interbloqueo de ignición VASAP están requeridos de cumplir con las siguientes condiciones:

1. Clientes de ASAP condenados por un primer delito de DUI deben instalar un dispositivo de interbloqueo de ignición en cualquier vehículo que operen, a menos que el tribunal ordene lo contrario. Clientes de ASAP condenados por un segundo delito de DUI o un delito subsecuente deben instalar un dispositivo de interbloqueo de ignición en cualquier vehículo que operen y en cualquier vehículo registrado o titulado a su nombre, en su totalidad o en parte. _____
2. Tanto los clientes de interbloqueo ordenado por el tribunal como los administrativos del DMV están requeridos a completar la inscripción en un ASAP local para abrir un caso para los servicios de monitoreo de interbloqueo de ASAP. _____
3. Para los casos de interbloqueo administrativo del DMV, la tarifa de monitoreo de interbloqueo ASAP es de \$50 por mes. El ASAP no cumplirá con éxito ningún requisito de interbloqueo con el DMV en el que el saldo de la tarifa del ASAP no se pague en su totalidad. Los clientes que tienen un saldo de tarifas de ASAP con 60 días o más de atraso están sujetos a que ASAP cancele sus servicios de monitoreo de interbloqueo. _____
4. Clientes bajo cualquier requisito de interbloqueo de ignición deben notificar a la ASAP inmediatamente si registran o titulan un vehículo nuevo. El vehículo nuevo debe tener un dispositivo de bloqueo aprobado por ASAP instalado dentro de los 10 días del calendario de registrar o titular el vehículo, si está relacionado con una segunda condena por DUI o subsecuente, una primera condena por DUI cuando el tribunal exigió que se instalara un bloqueo en todos los vehículos, o una primera condena por DUI donde el cliente tiene la intención de operar el vehículo. Falla de instalar el interbloqueo de ignición en todos los vehículos requeridos puede resultar en una suspensión de la licencia del DMV, una interrupción en la elegibilidad del cliente para obtener crédito del interbloqueo instalado o la pérdida y restablecimiento de todo el crédito de bloqueo instalado previamente acumulado. El cliente no será elegible para comenzar a ganar crédito de interbloqueo instalado hasta que se instale un interbloqueo en todos los vehículos requeridos y el cliente vuelve a estar en conformidad con el DMV de Virginia ("Con licencia" para conductores de Virginia, "Sin licencia, sin tarifas adeudadas" para titulares de licencias de fuera del estado). _____
5. Clientes de ASAP ordenados por el tribunal que buscan una exención para conducir el vehículo de un empleador sin un dispositivo de interbloqueo instalado deben solicitar que el empleador presente una petición ante el tribunal. El cliente no debe tener el control ni la propiedad del negocio en su totalidad o en parte. Si se concede una exención de empleador dentro de una licencia restringida emitida por el tribunal, el cliente aún esta requerido de instalar un dispositivo de interbloqueo en un vehículo personal, obtener la licencia adecuada con el DMV de Virginia y cumplir con la licencia de su estado de origen para satisfacer el requisito. Si el tribunal lo aprueba, los clientes de ASAP y su empleador deben completar la Solicitud de

exención de empleo del programa de interbloqueo de ignición de VASAP en su totalidad y devolverla de inmediato a su centro de servicio de ASAP lo antes posible. _____

6. El dispositivo de interbloqueo de ignición ordenado por el tribunal debe instalarse dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vigencia que figura en el Formulario DC-266 Orden de Interbloqueo de Ignición. El dispositivo de interbloqueo debe calibrarse al menos cada 30 días según el Código de Virginia 18.2-270.1. ____
7. Clientes de ASAP que instalen interbloqueo en un vehículo que no les pertenece deben llenar un "Formulario de Consentimiento para Instalación de Interbloqueo de Ignición VASAP" ("VASAP Ignition Interlock Consent to Install Form") y proporcionar el documento al técnico de interbloqueo en el momento de la instalación. El documento en Inglés debe estar certificado ante un notario al menos que el propietario del vehículo esté presente en la cita de instalación. ____
8. Clientes de ASAP no pueden cambiar de proveedores de interbloqueo después de la instalación del dispositivo a menos que lo apruebe la Comisión de VASAP. ____
9. El crédito del tiempo del interbloqueo de ignición instalado para clientes ordenado por el tribunal no se puede obtener si un cliente esta en estatus suspendido, revocado o no es elegible con el DMV de Virginia o en su estado de origen de la licencia. Los clientes de ASAP bajo un requisito de interbloqueo ordenado por el tribunal deben cumplir con todos los términos de la orden de licencia restringida emitida por el tribunal (DC265) y todos los requisitos de licencia del DMV para obtener crédito de interbloqueo instalado. ____
10. El documento de orden de licencia restringida emitido por el tribunal (DC265) expira a los 60 días a partir de la fecha de vigencia de la orden emitida originalmente, a menos que esté acompañado de una licencia impresa válida del DMV de Virginia. Las personas con licencia de conducir en otro estado en el momento de la condena de DUI en Virginia también deben cumplir con los requisitos de cumplimiento de 60 días con el DMV de Virginia al lograr el estatus "Sin licencia, sin cargos adeudados" ("Not Licensed-No Fees Owed") con el DMV de Virginia y al obtener una copia de la licencia válida de conducir de su estado de origen. _____
11. El crédito de interbloqueo de ignición instalado para clientes administrativos del DMV no se puede obtener si el cliente tiene la licencia en estatus suspendido, revocado o no elegible con el DMV de Virginia o su estado de origen. Además, los clientes de ASAP bajo un requisito de interbloqueo del DMV no pueden comenzar a obtener crédito de interbloqueo instalado hasta la fecha en que obtengan una licencia de conducir sea válida, impresa y con fotografía del DMV de Virginia. Clientes con licencia de otro estado deben cumplir con todos los requisitos del DMV de Virginia para conductores de fuera del estado, logrando un estado de "Sin licencia- Sin cargos adeudados" ("Not Licensed-No Fees Owed") en el DMV de Virginia y obteniendo una licencia de conducir válida con fotografía impresa de su estado de origen de la licencia antes de que puedan comenzar a obtener crédito del interbloqueo instalado. _____
12. Para todos los clientes de interbloqueo de ignición instalado, el incumplimiento de los requisitos del DMV en Virginia y en su estado de origen de la licencia, puede resultar en una suspensión de la licencia y una interrupción del crédito obtenido de interbloqueo de ignición instalado. Clientes comenzarán a obtener crédito del interbloqueo de ignición instalado una vez que hayan cumplido con todos los requisitos pendientes del DMV en Virginia y su estado de origen de la licencia. Los días de inelegibilidad para obtener crédito de interbloqueo de ignición instalado serán cobrado al final del plazo inicial requerido del interbloqueo de ignición. _____
13. Clientes de ASAP, mientras estén cerca del dispositivo del interbloqueo de ignición, están requeridos evitar sustancias que puedan contener alcohol y evitar el uso de cualquier sustancia que no sea agua, dentro de los 15 minutos previos a realizar una prueba de aliento en el dispositivo de interbloqueo de ignición. Además, se deben evitar todas las sustancias para fumar mientras se utiliza el dispositivo de interbloqueo de ignición para evitar posibles daños a la pila de combustible. _____
14. Las lecturas de la prueba de aliento por encima del punto de falla del 0.02% y la omisión de nuevas pruebas se consideran violaciones. Se requiere que los clientes proporcionen una segunda muestra de aliento dentro de los 15 minutos a cualquier prueba fallida u omitida. La segunda muestra de aliento proporciona al ASAP información adicional para determinar si la prueba de aliento fallida u omitida se debió al consumo de alcohol. _____
15. Clientes de ASAP son los únicos responsables de toda la actividad en el dispositivo del interbloqueo. Las fotografías coleccionadas por la cámara instalada en el vehículo podrán utilizarse para demostrar lo contrario. Todas las situaciones en las que la persona que proporciona una muestra de aliento en el dispositivo, o el dispositivo en sí, no son claramente visibles e identificables en las fotografías capturadas por la cámara del dispositivo de interbloqueo se considerarán violaciones del dispositivo de interbloqueo. Clientes de ASAP que permiten que otra persona realice una prueba de aliento en el dispositivo de interbloqueo, en un intento de arrancar el vehículo en al beneficio y nombre del cliente o en un intento de borrar una muestra de aliento de infracción proporcionada por el cliente, violan el Código de Virginia 18.2-270.1. El cliente y cualquier parte involucrada pueden ser acusados de un delito menor de Clase 1. _____

16. Si se solicita, clientes de ASAP están requeridos a presentar documentación formal de cualquier centro de reparación o mantenimiento de vehículos al ASAP que documente el tipo de servicio realizado junto con las fechas y horas del vehículo dentro y fuera del centro de reparación. _____
17. De conformidad con el Código de Virginia § 17.1-612, clientes de ASAP que directa o indirectamente citan a miembros del personal de la oficina estatal de VASAP para que testifiquen en cualquier audiencia judicial pueden estar sujetos al pago del kilometraje diario del testigo y los gastos de peaje. _____
18. Clientes de ASAP aceptan que ASAP es el custodio del récord de los reportes de interbloqueo de ignición generando datos contenido por dispositivo de interbloqueo en el servidor del proveedor de interbloqueo, que se realiza en o cerca del momento en que ocurren los evento(s) establecidos en el mismo y que dichos informes y registros se mantengan en el curso normal de la actividad comercial realizada regularmente para monitorear a los clientes de interbloqueo de ASAP, y que dichos registros sean realizados por el administrador de casos de ASAP como una práctica regular para monitorear el cumplimiento del interbloqueo por parte de un cliente. ____
19. Clientes de ASAP están requeridos que su calibración final sea en o después de la fecha de finalización del cumplimiento del interbloqueo. No se retirará ningún dispositivo de interbloqueo sin la autorización de ASAP. ____
20. Estas condiciones y términos permanecerán vigentes hasta que se complete con éxito todos los requisitos de interbloqueo de ignición del tribunal y/o del DMV. Al firmar a continuación, reconozco que he recibido una copia y comprendo todas las condiciones e información contenidas en este Acuerdo de Participación de interbloqueo de ignición. ____

Aviso

El Programa de acción para la seguridad del alcohol de Virginia (VASAP) recopila la información de este formulario con fines de identificación para inscribirlo en el Programa de acción para la seguridad del alcohol de Virginia. No está obligado legalmente a completar este formulario. Puedes negarte; sin embargo, VASAP no puede inscribirlo en el programa de interbloqueo de ignición. Los participantes del programa están sujetos a los términos y condiciones establecidos en este formulario. Para los inscritos en el programa, las violaciones de las condiciones descritas en las pautas del programa pueden tener consecuencias que incluyen, entre otras, una extensión del tiempo en el programa, un regreso a la corte en incumplimiento, una remisión para una evaluación de tratamiento y/o terminación del programa. VASAP no compartirá este formulario con otras entidades; sin embargo, a través del programa, VASAP recopila información del conductor que puede divulgarse a lo siguiente: agencias estatales y federales de hacer cumplir la ley; comités y agencias de licenciatura; tribunales estatales y federales; de las autoridades policiales y autoridades fiscales; personas y entidades nombradas conforme a una orden judicial; y cualquier otra persona o entidad autorizada por la ley estatal o federal.

Signature

Date

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: _____

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 CONFIDENTIAL - 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: _____