

# JOHN TYLER ALCOHOL SAFETY ACTION PROGRAM

**Chester Office**  
4211 Old Hundred Rd.  
Chester, VA 23831  
Teléfono: (804) 914-2181  
Fax: (804) 796-4547

Visite nuestra página web en [jtasap.com](http://jtasap.com)

**Henrico Office**  
4116 East Parham Rd.  
Henrico, VA 23228  
Teléfono: (804) 914-2181

## 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)

Correro Electronico: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**Cita de Orientación**  
(Ser completado por la coordinadora de ingreso)

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

En el día \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.

Su cita se realizará vía telefónica. Esté disponible por teléfono durante un período de \_\_\_\_ horas a partir de su hora de la cita.

### 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 tarjeta de crédito/debito (VISA, Master Card o Discover) o Money Order hechos a nombre de John Tyler ASAP. **CASH NO ES ACCEPTADO. 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

July 2021

# JOHN TYLER ALCOHOL SAFETY ACTION PROGRAM

## CONDICIONES DE INSCRIPCION

**\*\*POR FAVOR ESCRIBA SUS INICIALES DONDE ES INDICADO\*\***

1. Se le requiere pagar la tarifa de inicio de \$400 para ASAP directamente a John Tyler ASAP para la participación en el programa. Pagos con tarjeta de crédito pueden hacerse en la internet en: [VASAP.virginiainteractive.org](http://VASAP.virginiainteractive.org) o en la oficina. Pagos serán aceptados solamente en la forma de Money Order, Visa, Mastercard, o Discover. *\*Las tarifas pueden cambiar a cualquier momento.\** (aplicando antes de la corte) Voluntarios de DMV, reinscripciones, y transferencias fuera de estado deben pagar la tarifa complete a la hora de inscripción

**TODAS Las tarifas no son reembolsables.** \_\_\_\_\_

Si tiene alguna pregunta sobre su cita programada o el pago de la tarifa ASAP, debe comunicarse con la oficina de ASAP al (804) 914-2181, de lunes a viernes de 8:30 a. M. A 5:00 p.m.

2. Usted debe atender todas las citas programadas y clases como está especificado por la administradora de su caso, incluyendo tratamiento hospitalario o asesoramiento de alcohol si hace se lo requieren como parte de su evaluación (Requisitos del Estado). \_\_\_\_\_
3. Si está bajo una orden judicial de abstinencia, Usted no puede beber alcohol, usar productos que contienen alcohol o productos químicos que alteran el humor. Desde la fecha de su corte (o el día de inscripción para voluntarios) hasta que sea liberado por John Tyler ASAP y las cortes. Durante el tiempo que está involucrado en el programa, **una violación de la ley con referencia a alcohol o drogas será resultado de su eliminación de ASAP y será regresado a corte (Descarga sin éxito para Voluntarios del DMV)** \_\_\_\_\_
4. Usted **solamente puede manejar** a donde su licencia restringida (forma verde) le permite ya que haya cumplido con los requisitos de la inscripción y de DMV y del bloque del encendido (*Ignition Interlock*). Manejar fuera de las restricciones es una violación. Usted **debe cargar la licencia restringida a todo tiempo** mientras opera un vehículo hasta el momento que la licencia restringida expire y su licencia regular sea obtenida de DMV. Usted debe reportarse dentro de 24 horas de la fecha de expiración en la licencia restringida y cuando ASAP este completado con éxito si su licencia restringida expira antes de que complete todas sus clases de ASAP usted debe contactar su administradora de caso antes de la fecha de expiración. \_\_\_\_\_
5. Yo comprendo que, debo mantener una licencia de manejo válida para recibir crédito del uso del sistema de Ignition Interlock. Mi tiempo de monitorear empezara o re-empezara cuando reciba algún permiso de manejo valida del DMV. Durante el periodo de tiempo que este en probación, puedo incurrir adicionales costos de tarifas por no haber cumplido con los requisitos de mi Ignition Interlock. \_\_\_\_\_

## 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 John Tyler 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 John Tyler 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.

***JOHN TYLER ASAP***

***PAQUETE DE APLICACION SUPLEMENTAL DEL PROGRAMA IGNITION INTERLOCK***

PARA SER COMPLETADO AL MOMENTO DE APLICACION PARA EL SERVICIO DE INTERLOCK

Favor de completar el acuerdo de Ignition Interlock. Si usted es requerido de que sea instalado en su vehículo el sistema de Ignition Interlock o si planifica petitionar para un permiso de manejo restringido donde sea requerido el sistema de Ignition Interlock. Sera proveído información adicional por la secretaria sobre el sistema de Ignition Interlock. También tendrá una cita para clase del sistema de Ignition Interlock de aproximadamente una hora.

Virginia Alcohol Safety Action Program  
Ignition Interlock Agreement  
05222022

**Al firmar este documento, los clientes de ASAP que instalan un dispositivo de interbloqueo de encendido reconocen que comprenden completamente cada una de las condiciones enumeradas a continuación y que deben cumplir sin compromiso.**

1. Los clientes de ASAP deben ver los videos de Elusión de interbloqueo de encendido haciendo clic en el enlace "Información pública" en la barra de navegación en <http://vasap.virginia.gov>.  
\_\_\_\_\_ Inicial
2. Los clientes de ASAP condenados por una primera ofensa de DUI deben instalar un interbloqueo de encendido en cualquier vehículo que operen, a menos que el tribunal ordene lo contrario. Los clientes de ASAP condenados por un segundo delito de DUI o posterior deben instalar un bloqueo de encendido en cualquier vehículo que operen y cualquier vehículo registrado o con título a su nombre, en su totalidad o en parte.  
\_\_\_\_\_ Inicial
3. Los clientes de ASAP deben notificar a ASAP de inmediato si registran o titulan un vehículo nuevo mientras se encuentran bajo un requisito de interbloqueo de encendido. El nuevo vehículo debe tener un interbloqueo instalado dentro de los 10 días calendario posteriores al registro o título del vehículo si está relacionado con una segunda condena por DUI o una condena posterior, una primera condena por DUI donde el tribunal requirió la instalación de un interbloqueo en todos los vehículos, o si está relacionada con una primera condena por DUI y el cliente planea operar el vehículo. El no hacerlo resultará en la suspensión de la licencia y posible incumplimiento. Si se produce esta suspensión, los clientes serán responsables de los requisitos y tarifas de licencia del DMV y el tiempo de interbloqueo acreditado comenzará de nuevo en todos los vehículos a partir de la fecha en que el cliente obtenga la licencia del DMV.  
\_\_\_\_\_ Inicial
4. Los clientes de ASAP que instalen un interbloqueo en un vehículo que no sea de su propiedad deben enviar un "Formulario de consentimiento de instalación de enclavamiento de encendido VASAP" ("VASAP Ignition Interlock Consent to Install Form") al técnico de enclavamiento en la instalación.  
\_\_\_\_\_ Inicial
5. El dispositivo de interbloqueo debe instalarse dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vigencia en el Formulario de pedido de interbloqueo de encendido DC-266 y el dispositivo de interbloqueo debe calibrarse al menos cada 30 días según el Código de Virginia 18.2-270.1.  
\_\_\_\_\_ Inicial
6. Los clientes de ASAP, bajo un requisito de interbloqueo ordenado por un tribunal, deben cumplir con todos los requisitos de licencia pendientes del DMV y obtener una licencia válida para contar todo el tiempo de interbloqueo de encendido instalado. El documento de orden de licencia restringida (DC-265) vencerá 60 días después de la fecha de inicio de la orden si no va acompañado de una copia impresa válida de la licencia. Para aquellos que no obtengan correctamente su licencia impresa del DMV, dentro de los 60 días posteriores a la emisión de la licencia restringida por parte del tribunal, cualquier tiempo de interbloqueo instalado acumulado desde la marca de 60 días hasta la fecha de la licencia a través del DMV se agregará a la final del requisito de enclavamiento de encendido.  
\_\_\_\_\_ Inicial

Nombre del cliente en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Virginia Alcohol Safety Action Program  
Ignition Interlock Agreement  
05222022

7. Los clientes de ASAP, bajo un requisito de interbloqueo del DMV, comenzarán a recibir crédito por el tiempo de interbloqueo instalado a partir de la fecha en que obtengan su licencia impresa del DMV.  
\_\_\_\_ Inicial
8. Se consideran infracciones las pruebas de aliento por encima del punto de falla o las reevaluaciones sucesivas omitidas. Los clientes deben proporcionar una segunda muestra de aliento dentro de los 15 minutos posteriores a cualquier prueba fallida u omitida. La segunda prueba proporciona al ASAP información adicional para determinar si la prueba fallida u omitida se debió al consumo de alcohol.  
\_\_\_\_ Inicial
9. Los clientes de ASAP, mientras estén cerca del dispositivo de interbloqueo de encendido, deben evitar las sustancias que puedan contener alcoholes y evitar el uso de cualquier sustancia, que no sea agua, 15 minutos antes de realizar una prueba de aliento en el dispositivo de interbloqueo. Además, se deben evitar todas las sustancias humeantes mientras se usa el interbloqueo de encendido para evitar posibles daños a la celda de combustible.  
\_\_\_\_ Inicial
10. Los clientes de ASAP son los únicos responsables de toda la actividad en el dispositivo de interbloqueo a menos que las fotos de la cámara demuestren lo contrario. Todas las situaciones en las que la persona que proporciona una muestra de aliento en el dispositivo no sea claramente visible e identificable en las fotografías de la cámara de interbloqueo se considerarán infracciones de interbloqueo. Los clientes de ASAP que permiten que una tercera persona proporcione una prueba de aliento en el dispositivo de interbloqueo, en un intento de arrancar el vehículo para el cliente, violan el Código de Virginia 18.2-270.1 y pueden ser acusados, junto con el tercero, de un delito menor de Clase 1.  
\_\_\_\_ Inicial
11. Si se solicita, los clientes de ASAP deben presentar documentación formal de cualquier centro de mantenimiento/repación de vehículos al ASAP, que documente el tipo de servicio realizado junto con las fechas y horas de entrada y salida del vehículo del centro de reparación.  
\_\_\_\_ Inicial
12. Los clientes de ASAP deben completar su calibración final en o después de la fecha de cumplimiento de enclavamiento y no se quitará ningún dispositivo de interbloqueo sin la autorización de ASAP. El incumplimiento de este requisito puede resultar en cargos penales adicionales.  
\_\_\_\_ Inicial
13. Clientes de ASAP están permitidos cambiar de proveedor de enclavamiento después de la instalación del dispositivo, a menos que lo apruebe la Comisión de VASAP.  
\_\_\_\_ Inicial

Nombre del cliente en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Virginia Alcohol Safety Action Program  
Ignition Interlock Agreement  
05222022

14. Los clientes de ASAP deben inscribirse en el ASAP local para comenzar los servicios de monitoreo de interbloqueo de ASAP para un requisito de interbloqueo del DMV. La tarifa de monitoreo de interbloqueo ASAP para casos administrativos del DMV es de \$50 por mes. El ASAP no cumplirá con éxito ningún requisito de interbloqueo con el DMV en el que el saldo no se pague en su totalidad. Los clientes que tienen un saldo de ASAP con 60 días o más de atraso están sujetos a que ASAP cancele sus servicios de monitoreo de interbloqueo.

\_\_\_\_ Inicial

15. De conformidad con el Código de Va. § 17.1-612, los clientes de ASAP que, directa o indirectamente, citan a los miembros del personal de la oficina estatal de VASAP para que testifiquen en cualquier audiencia judicial pueden estar sujetos al pago del kilometraje diario y los gastos de peaje del testigo.

\_\_\_\_ Inicial

16. Los clientes de ASAP que deseen conducir el vehículo de un empleador sin un dispositivo de seguridad instalado deben hacer que el empleador presente una petición ante el tribunal. El cliente no debe tener el control o la propiedad del negocio en su totalidad o en parte. Todavía se requiere que el cliente instale un dispositivo de seguridad en un vehículo personal para cumplir con el requisito.

\_\_\_\_ Inicial

17. Los clientes de ASAP aceptan que ASAP es el custodio de Registros de los Informes de Calibración y Cumplimiento de Interbloqueo generados a de los datos del dispositivo de interbloqueo contenidos en el sala de servidores de datos del proveedor de interbloqueo, que se realiza en el momento o cerca de la ocurrencia de el o los evento(s) establecido 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 ASAP interbloqueo, y que dichos registros sean realizados por los asistentes sociales de ASAP como una práctica regular para monitorear el cumplimiento de un cliente con el interbloqueo.

\_\_\_\_ Inicial

**Estas condiciones y términos permanecerán vigentes hasta que se completen todos los requisitos de interbloqueo de encendido del tribunal y del DMV. Entiendo completamente que el incumplimiento de estos requisitos, en su totalidad, puede resultar en que mi caso sea devuelto a la corte y/o la terminación del programa de interbloqueo de encendido ASAP. Al firmar a continuación, reconozco que he recibido una copia y entiendo todas las condiciones contenidas en este acuerdo.**

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del cliente

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Por favor lea cada declaración y escriba sus iniciales en cada línea.  
Por favor complete todas las páginas del paquete y regrese está forma a la recepcionista.**

**JOHN TYLER ALCOHOL SAFETY ACTION PROGRAM  
ACUERDO PARA PARTICIPAR**

John Tyler ASAP es un servicio de libertad condicional de justicia penal del Sistema de las Cortes de Virginia. Su libertad condicional requiere cumplimiento con las reglas que siguen:

Yo entiendo que yo no puedo consumir alcohol o productos chemical que alteren mi humor mientras este participando en cualquier fase del programa de ASAP. Si estoy bajo orden de abstinencia por la corte. Yo entiendo que esto también incluye, pero no está limitado a medicina de toz, enjuagues de boca, o cualquier substancia que tenga alcohol, y prescripciones que no sean recetadas para mí. \_\_\_\_\_

Si estoy bajo el cuidado de un doctor, le proveeré una copia de mi prescripción a ASAP. \_\_\_\_\_

Mi participación en ASAP, involucrará un compromiso de mi tiempo y no será únicamente a mi conveniencia. Estoy de acuerdo en asistir a todas las sesiones y reuniones programadas según se requiera. \_\_\_\_\_

Yo entiendo que debo atender todas las sesiones programadas, llegando a tiempo y quedándome presente por la sesión entera. \_\_\_\_\_

Una ausencia es permitida solo si es una situación de emergencia que deberá ser aprobado por el encargado de mi caso de ASAP. Si falto a una sesión que no fue aprobado por el encargado de mi caso, seré descalificado del programa.  
\_\_\_\_\_

Yo entiendo que, si falto a una clase programada, debo contactar a mi administradora de caso dentro de 24 horas para hacer una cita y estoy requerido a proveer documentación escrita por la ausencia. \_\_\_\_\_

Yo entiendo que seré requerido pagar \$25 para volver a programar cualquier clase que falte. \_\_\_\_\_

Yo entiendo que si falto una clase de ASAP por segunda vez seré eliminado de mi clase existente y mi caso puede ser regresado o puedo ser requerido a comenzar el programa de educación de ASAP. \_\_\_\_\_

Yo entiendo que el programa de ASAP requiere participación activa y que la mera asistencia no satisfará los requisitos para completar con éxito el programa. Yo acuerdo a participar completamente y aceptar el plan del programa que será hecho para mí. \_\_\_\_\_

Yo entiendo que mi participación en el programa puede que requiera que atienda a un programa de abuso de substancias y yo seré requerido pagar por esos servicios. \_\_\_\_\_

Yo entiendo que mi participación puede requerir que atienda Alcohólicos Anónimos (AA) o grupos de ayuda propia. Si usted se niega a participar en AA por razones religiosas, otras alternativas serán hechas. \_\_\_\_\_

Yo entiendo que mientras este en ASAP mi caso puede ser reevaluado a cualquier instante para poder colocarme en el programa apropiado el cual puede incluir consejo de abuso de alcohol o un tratamiento más intensivo. \_\_\_\_\_

Yo entiendo que soy responsable por mi pago de tarifa de ASAP, intervención o cualquier otro cargo incurrido. \_\_\_\_\_

Yo entiendo que si soy referido al asesoramiento de alcohol o drogas yo soy responsable por el costo del programa o de cualquier otro programa al cual yo sea referido. \_\_\_\_\_

Yo entiendo que información de otros miembros de grupo y la mía es confidencial. Yo entiendo que la identidad de otros miembros del grupo es confidencial y no puede ser divulgada a nadie sin permiso escrito de todos los miembros involucrados del grupo. La confidencialidad está cubierta por la Regulación Federal 42 CFR y lleva una multa de hasta \$500 por la primera multa y \$5,000 por cualquier otra violación. Miembros del grupo y empleados de servicio para alcohol/drogas están sujetos a Regulación Federal. \_\_\_\_\_

Yo estoy de acuerdo de someter a pruebas de aliento y urin para alcohol/pruebas de drogas. Una prueba que salga positivo para alcohol/o drogas puede resultar en violación de mi probación y tendré que regresar a la corte. \_\_\_\_\_

Entiendo, que estoy en libertad condicional supervisada por la duración de mi permiso restringido o período de prueba y será programado para reunirse regularmente con mi administrador de casos. \_\_\_\_\_

Entiendo, que, si me muevo o cambio de trabajo, estoy obligado a notificar a ASAP, la corte, y el DMV dentro de 5 días de cualquier cambio de dirección, número de teléfono, o empleo. \_\_\_\_\_

Entiendo que el incumplimiento de los términos de este acuerdo resultará en una violación de mi libertad condicional y de un regreso no conforme a la corte. \_\_\_\_\_

Si tengo alguna pregunta referente a mi caso, contactaré a mi administrador de casos. \_\_\_\_\_

Entiendo que el código de estado de Virginia requiere que complete satisfactoriamente ASAP para que mi licencia vuelva a ser informada. Entiendo que, si no puedo completar el programa ASAP en este momento, puedo voluntariamente volver a entrar en el programa en un momento posterior y será requerido para pagar la matrícula requerida (s) y cualquier saldo no pagado en mi cuenta anterior ASAP. \_\_\_\_\_

Acepto responder a todas las preguntas. Entiendo que la información de retención puede resultar en mi regreso a la corte o la colocación en un programa más intenso. \_\_\_\_\_

Yo comprendo que esta oficina es un local profesional y una extensión de la corte. Yo comprendo que no podre decir vulgaridades o de cualquier manera interrumpir la clase. Si en persona, o por teléfono soy grosero o no copero o soy ofensivo (verbalmente o físicamente) me pedirán que me retire de la oficina, el edificio, o la propiedad, o mi llamada telefónica será terminada. También comprendo que me pueden poner cargos de Conducta Desordenada. \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo en instalar el dispositivo de enclavamiento de ignición en mi vehículo (Ignition Interlock System), si hace lo ordena el Tribunal o el DMV y para mantener las calibraciones mensuales. Acepto pagar todos los honorarios asociados con el control de enclavamiento de ignición. \_\_\_\_\_

**Acciones que pueden resultar en incumplimiento de ASAP:**

Falta de cooperación en la evaluación de a ingresarse. \_\_\_\_\_

July 2021

Falsificar o retener información durante su cita de admisión o cualquier fase del programa. \_\_\_\_\_

**Acciones que pueden resultar en incumplimiento de ASAP (continuo):**

Falta de mantener las citas programadas con su administrador de casos. \_\_\_\_\_

Ausencia de cualquier clase de educación o sesión de consejería sin la aprobación previa de su administrador de casos.  
\_\_\_\_\_

Falta de proporcionar a esta oficina una dirección o número de teléfono válido. \_\_\_\_\_

Falta de pago de las tarifas de ASAP, honorarios de consejería y cargos de enclavamiento de ignición. \_\_\_\_\_

Violación de cualquier condición adicional de libertad condicional, que pudo haber sido ordenada por la corte. \_\_\_\_\_

Violación de cualquier restricción colocada en su privilegio de manejar por la corte, incluyendo conducir fuera de mis privilegios restringidos o en una licencia suspendida. \_\_\_\_\_

Apareciendo en cualquier función del programa bajo influencia del alcohol o de la prueba positiva para el alcohol y/o cualquier droga. \_\_\_\_\_

Cualquier arresto de conducir bajo la influencia o cualquier otro cargo relacionado con alcohol o drogas. \_\_\_\_\_

No instalar el dispositivo de enclavamiento de ignición en un vehículo dentro de los 30 días de la orden judicial. \_\_\_\_\_

Error de calibraciones en el dispositivo de enclavamiento de ignición o incumplimiento de las calibraciones mensuales.  
\_\_\_\_\_

Cualquier condena de corte no relacionada con el alcohol que resulte en 30-60 días, o más, encarcelamiento. \_\_\_\_\_

**Razones por las cuales una ausencia puede ser excusada:**

Enfermedad personal documentada por un certificado médico. \_\_\_\_\_

Muerte de un miembro de su familia inmediata. (se requiere verificación) \_\_\_\_\_

Una emergencia documentada por el administrador de casos y/o aprobada por el director ASAP. \_\_\_\_\_

---

**HE LEIDO LO ANTERIOR Y ENTIENDO LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE MI PARTICIPACION EN ASAP**

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Virginia Alcohol Safety Action Program

## Cuestionario de Ingreso

Nombre completo:

\_\_\_\_\_  
(Primer) (Segundo) (Apellido) (Sufijo)

Dirección de Correo:

\_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono primario: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono secundario: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Numero de Licencia: \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Eres un estudiante? SI  NO  ¿Si hace es, en donde? \_\_\_\_\_

### Historia Medica

Condiciones médicas:

Medicamento Prescrito:

¿Alguna vez un profesional médico le ha dicho no tomar alcohol o drogas?  SI  NO

¿Usted tiene condiciones médicas directamente relacionadas con el alcohol?  SI  NO

Si así es, listelas aquí: \_\_\_\_\_

### Historia Legal Ha tenido algún ...

Arresto previo o Convicciones para: (No incluya su arresto actual)

DUI  SI  NO Cuantos? \_\_\_\_\_; Intoxicación publica  SI  NO ¿Cuantos? \_\_\_\_\_

¿Posesión de alcohol por menor de edad  SI  NO Cuantos? \_\_\_\_\_

¿Ofensas de drogas  SI  NO Cuantos? \_\_\_\_\_

¿Otros cargos criminales (incluyendo Manejar en manera imprudente)  SI  NO

¿Si así es, cuantos? \_\_\_\_\_

Liste cada ofensa: \_\_\_\_\_

¿Tiene algunos cargos pendientes?  SI  NO Si así es, cuantos? \_\_\_\_\_

Liste cada ofensa: \_\_\_\_\_

¿Está actualmente en libertad condicional con otra agencia?  SI  NO Si así es, liste el nombre de la

Agencia: \_\_\_\_\_ Oficial encargado de su libertad condicional: \_\_\_\_\_

**Acerca de su referencia actual**

**Cuál es su cargo/ofensa original?** \_\_\_\_\_

**La fecha de su cargo/ofensa:** \_\_\_\_\_

**¿Cuál fue su convicción final?** \_\_\_\_\_ **Corte de su convicción** \_\_\_\_\_

**La fecha de su convicción:** \_\_\_\_\_

**¿Por qué el oficial de policía te detuvo?** \_\_\_\_\_

**Que bebidas alcohólicas y/o que drogas está usando en el día de su arresto** \_\_\_\_\_

**¿Cuánto bebió esa noche?** \_\_\_\_\_ **Cuál era la ocasión** \_\_\_\_\_

**¿Tuvo un accidente es día?**  SI  NO **¿Hubo Lesiones?**  SI  NO

**¿Cuál era su tasa de alcohol la noche del arresto?** \_\_\_\_\_% **Se sintió deteriorado/a?**  SI  NO

**Historia de alcohol y drogas**

**¿Cuántas veces durante la semana bebe alcohol?** \_\_\_\_\_

**¿Cuan to alcohol consume en cada ocasión?** \_\_\_\_\_

**¿Cuándo fue la última vez que bebió alcohol?**

**¿Cuánto bebió?** \_\_\_\_\_

**Que drogas a usado en los últimos 6 meses:**

**Cocaína**  **Marijuana**  **Heroína**  **Anfetaminas**  **Otros:** \_\_\_\_\_

**Alguna vez has intentado dejar de:**

**¿Tomar?**  SI  NO **Si así es, Cuan to tiempo duro?** \_\_\_\_\_

**¿Usar drogas?**  SI  NO **Si así es, Cuan to tiempo duro?** \_\_\_\_\_

**¿Alguna vez ha tomado medicina recetada que no fue recetada para usted?**  SI  NO **Si así es, que medicamento tomo?** \_\_\_\_\_ **Cuando?** \_\_\_\_\_

**¿Alguno de su familiar de sangre a tenido o tiene problemas de alcohol o drogas?**  SI  NO

**Ha tenido algún...**

**Educación de alcohol/drogas previo?**  SI  NO

**Si así es, donde?:** \_\_\_\_\_

**¿Cuándo?:** \_\_\_\_\_

**Tratamiento de alcohol/drogas previo?**  SI  NO

**Si así es, dónde?:** \_\_\_\_\_

**¿Cuándo?:** \_\_\_\_\_

**Ha tendió algún...**

**¿Participación de ASAP previo?**  SI  NO **Si así es, donde?:** \_\_\_\_\_

**¿Cuándo?** \_\_\_\_\_

**¿Atendido clases de NA o AA previo?**  SI  NO **Si así es, fue**  Voluntario  Orden de la corte

**Certifico que esta información está exacta a lo mayor de mi conocimiento.**

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

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

**Solamente uso para la oficina de ASAP**

**Indique tipo de servicio:**  Educación  Educación intensiva  Tratamiento

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# VASAP CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL-GENERAL

**Probatoria:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo el consentimiento del programa de acción de seguridad de alcohol de Virginia (VASAP) para intercambiar información relacionada con mis requerimientos ASAP con:

- el Tribunal de registro/remisión
- la Fiscalía del Commonwealth
- abogado (s) de registro
- agencias de policía locales, estatales y federales
- otras entidades de justicia penal
- el Departamento de vehículos motorizados de Virginia
- proveedores de servicio de enclavamiento de ignición VASAP aplicables
- otros (especifique) \_\_\_\_\_

Entiendo que estoy siendo referido al programa de acción de seguridad de alcohol por un tribunal. La información concerniente a mi participación será reportada a la corte, y mi consentimiento para ese propósito terminará al terminar satisfactoriamente mi probación de ASAP. En caso de incumplimiento, este consentimiento para la divulgación de información confidencial no expirará hasta que el Tribunal de referencia termine formalmente el control del caso sobre el programa de acción para la seguridad del alcohol.

Entiendo que estoy matriculado en el programa de acción de seguridad de alcohol para complete un requerimiento del DMV. Este consentimiento para la divulgación de información confidencial expirará automáticamente al término de mi participación en ASAP.

Entiendo que mis expedientes están protegidos bajo las regulaciones federales de confidencialidad (42 CFR parte 2) y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito a menos que se estipule lo contrario en las regulaciones. Entiendo además que toda la información de tratamiento está protegida bajo HIPPA y no puede ser liberado por ASAP sin mi consentimiento; sin embargo, si elijo transferir a otro ASAP, todos los registros para incluir los registros de tratamiento serán enviados a la supervisión ASAP para poder administrar eficazmente mi caso. Una copia de este consentimiento para la divulgación del formulario de información confidencial se considerará válida como original.

**Ejecutado este** \_\_\_\_\_ **día de** \_\_\_\_\_, **20** \_\_\_\_\_

**Firma del participante:** \_\_\_\_\_

**Firma del padre/guardián (requerido si es menor de 18 años):** \_\_\_\_\_

Para revocar el consentimiento para la divulgación de información, complete esta sección.

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

**Firma del participante:** \_\_\_\_\_

**Firma del padre/guardián (requerido si es menor de 18 años):** \_\_\_\_\_

Prohibición ON RE-divulgación: esta información se ha divulgado a su de los expedientes protegidos por reglas federales de la confidencialidad (42CRR parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que la divulgación adicional esté permitido expreso por el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o según lo permitido de otra manera por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra forma no es suficiente para este propósito.

## VIRGINIA ALCOHOL SAFETY ACTION PROGRAM AUTORIZACIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

---

Entiendo que debido al riesgo de que los mensajes electrónicos sean mal dirigidos, pirateados o interceptados por fiestas no deseadas, el Programa de Acción de Seguridad del Alcohol de Virginia (VASAP) no puede garantizar que los mensajes enviados a través de Internet no estarán sujetos a divulgaciones no intencionales u otras violaciones de privacidad.

Entiendo que los correos electrónicos enviados y recibidos por VASAP pueden contener información personal protegida por pautas de confidencialidad.

Además, entiendo que los correos electrónicos enviados desde / hacia los dispositivos del trabajo pueden estar sujetos a revisión por parte de mi empleador.

Reconociendo lo anterior, por la presente autorizo al Programa de Acción de Seguridad del Alcohol de Virginia a comunicarme conmigo por correo electrónico con respecto a mi caso hasta que se cierre mi caso ASAP, o esta autorización sea rescindida por mí.

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del cliente

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

# John Tyler ASAP

ALCOHOL SAFETY ACTION PROGRAM

HENRICO BRANCH OFFICE  
4116 East Parham Road  
Henrico, VA 23228-2759  
(804) 914-2181



WWW.JTASAP.COM

CHESTERFIELD OFFICE  
4211 Old Hundred Road  
Chester, Virginia 23831  
(804) 914-2181

## Orientation Video Agreement

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que he visto el video de orientación de VASAP en  
<https://youtu.be/bLTJNddvdLI>.

Firma De Cliente: \_\_\_\_\_

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