

JOHN TYLER ALCOHOL SAFETY ACTION PROGRAM

Chester Office
4211 Old Hundred Rd.
Chester, VA 23831
Teléfono: (804) 796-4281
Fax: (804) 796-4547

Henrico Office
4114 East Parham Rd.
Henrico, VA 23228
Teléfono: (804) 672-1786
Fax: (804) 756-4691

INFORMACION PARA LA CITA DE INGRESO-OFICINA CHESTER (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: _____ @ _____

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_____.

Tu cita será en la oficina de **Chester** y durará aproximadamente por 1 hora y media.

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 ACEPTADO. 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

April 2018

DEJAR ESTÁ HOJA EN BLANCO

John Tyler ASAP

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 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 preguntas acerca de su cita programada o pagos para la tarifa de ASAP, usted debe ponerse en contacto con la oficina de ASAP en Chester a (804)796-4281, de Lunes a Jueves de 8:30 a.m.-4:00 p.m. o el Viernes de 8:30 a.m. a 3:30 p.m.

Si su cita es en la oficina de Henrico, usted los puede contactar a (804)672-1786, de Lunes a Jueves de 8:30 a.m. a 3:30 p.m. (La oficina de Henrico cierra de 1pm-2pm diario).

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. 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. _____

DEJAR ESTÁ HOJA EN BLANCO

John Tyler ASAP

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.

DEJAR ESTÁ HOJA EN BLANCO

John Tyler ASAP

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 peticionar 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.

DEJAR ESTÁ HOJA EN BLANCO

John Tyler ASAP

COMISIÓN DE VASAP: ACUERDO DE SISTEMA IGNITION INTERLOCK

Estoy de acuerdo que debo cumplir con los términos y condiciones del programa:

1. Si he sido convicto de un DUI de primera ofensa, debo instalar el sistema de Ignition Interlock en cualquier vehículo que maneje. Al no obedecer este reglamento resultara en que tenga que re hacer los requisitos del programa de sistema de Ignition Interlock.
2. Si he sido convicto de un DUI de segunda ofensa, debo instalar el sistema de Ignition Interlock en cualquier vehículo que este registrado a mi nombre en parte o total.
3. Si estoy registrando, o titulando, un nuevo vehículo durante este tiempo que tenga el sistema de Ignition Interlock, debo notificar al ASAP dentro de 24 horas, e instalar el sistema de Interlock dentro de 10 días. Si estoy bajo el primer DUI requisito de Interlock, solo debo informarle al ASAP si tengo la intención de manejar también ese nuevo vehículo. Al fallar en seguir estos requisitos resultara en que tenga que re hacer mis requisitos para el programa de Ignition Interlock.
4. Yo comprendo que si no soy dueño de un vehículo puedo obtener el permiso de alguien que tenga vehículo que esté de acuerdo de instalar el sistema de Ignition Interlock para cumplir con este requisito mientras tenga acuerdo la aplicación de: "Ignition Interlock Consent to Install Form" y que este notariado.
5. Estoy de acuerdo que si la corte me permite manejar un vehículo de trabajo que no requiera el sistema de Ignition Interlock, que todavía estoy requerido instalar el Interlock en un vehículo personal para satisfacer el requisito pendiente de Interlock.
6. Estoy de acuerdo que el sistema de Ignition Interlock tendrá que ser instalado dentro de 30 días del día efectivo de la orden de DC266 y que debo tener el sistema calibrado por un proveedor aprobado de servicio Interlock de Virginia, por lo menos cada 30 días requerido por Virginia Código 18.2-270.1. No cumplir con cualquiera de estos requisitos puede resultar en que mi caso se devolverá a la corte como no cumplimiento.
7. Si tengo alguna condición medica que impactara negativamente mi habilidad en proveer a 1.5 litro prueba de aliento al sistema de Ignition Interlock, debo proveer documentación valida a mi ASAP local de un pulmonologo con licencia o especialista relacionado con mi condición medica. Clientes que no tienen los recursos para servicios médicos serán evaluado a base de cada caso individual.
8. Yo comprendo que, si soy suspendido específicamente por mi recién convicción de DUI, que tengo 60 días de la fecha de convicción para obtener una copia física de mi licencia del Departamento de Motores Vehículos (DMV). Al fallar en hacer esto dentro de los 60 días resultara en que empieza de nuevo los requisitos del sistema de Interlock.
9. Estoy de acuerdo, que si soy suspendido, revocado, o no tengo licencia por cualquier razón NO relacionada con mi convicción de DUI, que no recibiré ningún crédito por el sistema de Interlock que haya hecho antes de conseguir la copia física de la licencia restringida.
10. Yo comprendo que, si estoy intentado cumlir algún requisito administrativo del DMV, debo obtener mi copia física de la licencia del DMV dentro de 60 días de empezar el programa o mi caso será cerrado.
11. Yo comprendo que, en el evento de que el sistema de Interlock donde la concentración de alcohol en sangre (BAC) es de 0.02% o más está grabado, o si el segundo intento falla, o el sujeto en cualquier manera intenta de ocultar su identidad al proveer la prueba, será calificado como violación. Si no yo proveo una prueba de .000% BAC dentro de 15 minutos de la primera prueba de 0.2 % BAC, o no hago el siguiente re prueba, el evento de interlock puede ser violación.
12. Estoy de acuerdo que mi ultima calibración de Interlock debe ser el día o después de mi cumplimiento y debo cumplir con avisarle a mi ASAP local cuando esté finalizado.

Estoy de acuerdo que debo cumplir con los términos y condiciones del programa (continuo):

- 13. Yo comprendo, que si la corte me ordena remover el sistema de Interlock antes del tiempo de 6 meses consecutivos sin tener ninguna violación de alcohol, de que mi ASAP removerá el Sistema de Interlock pero será requerido cumplir con los requisitos del Código de Virginia 18.2-270.1 y mis requisitos de Interlock serán reactivados.
- 14. Yo comprendo que seré responsable de toda actividad en el Sistema de Interlock.
- 15. Estoy de acuerdo que no podre cambiar de compañía de vendedor del Sistema del Interlock ya cuando sea instalado, amenos aprobado por la Comisión de Virginia Programa de Acción de Seguridad (VASAP)
- 16. Yo comprendo que, seré responsable de pagar al ASAP por todas las tarifas de supervisión debidas para incluso si hay adicionales cobros por tener continuación de supervisión hasta que las tarifas serán pagadas.
- 17. Estas condiciones y términos permanecerán en efecto hasta completar con éxito toda orden de la corte y del DMV y requisitos de Interlock. Entiendo que al no cumplir con todos estos requisitos de Sistema de Ignition Interlock puede resultar en que se devuelva mi caso a la corte o terminación incompleta del programa Ignition Interlock. Yo estoy de acuerdo que he recibido una copia de estas condiciones.
- 18. Seré requerido de ver el video de introducción del Sistema de Ignition Interlock en la siguiente red: <http://vasap.virginia.gov/>. Si usted no tiene acceso a internet, deberá contactar el ASAP para acomodaciones. Favor tener una copia de este acuerdo disponible en lo que ve el video. Una copia de este documento está disponible en línea en la red mencionada arriba.

(Nombre Completo de Cliente)

Firma del Cliente

Fecha

(Firma del Representante)
(Staff Signature)

Por favor lea cada declaración y escriba sus iniciales en cada línea.

Por favor complete todas las páginas del paquete y regrese esta 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 químicos que alteren mi humor mientras estoy 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 sustancia 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 sustancias 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. _____

April 2018

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

JOHN TYLER ALCOHOL SAFETY ACTION PROGRAM

Acuerdo de abstinencia ASAP

Para demostrar mi conveniencia para ASAP, entiendo que no consumiré ninguna bebida del alcohol, productos o medicaciones que contienen el alcohol, medicaciones que no tengo una prescripción válida para y/o cualquier producto que altera mi humor y químicos a partir de la fecha de mi corte referencia y/o fecha de inscripción o hasta que haya sido liberado por ASAP, la corte y/o la fecha de vencimiento de mi privilegio restringido para conducir; lo que sea más tarde.

Para los participantes ordenados por el Tribunal; Entiendo, que, si no puedo cumplir con este acuerdo, recibir otra carga relacionada con alcohol/drogas, probar positivo para alcohol o drogas, o aparecer en cualquier función o instalación ASAP bajo la influencia de alcohol o drogas, que mi caso puede ser devuelto a la corte para violación de la libertad condicional, o puede resultar en un nivel más intensivo de participación. Para los participantes y voluntarios de DMV yo comprendo que puedo ser descalificado del programa.

Por este medio consiento una prueba de la respiración/la pantalla de la droga de la orina (UDS) bajo petición forma cualquier miembro del personal de ASAP, instructor, o un abastecedor del servicio del tratamiento. Entiendo que hay un honorario adicional para los UDS y que soy responsable del costo de ese servicio (actualmente \$25-\$ 50). Entiendo que la negativa a someterse a una prueba de aliento solicitada o la detección de alcohol/drogas será considerada una pantalla positiva de alcohol/drogas y violación de mi libertad condicional.

Entiendo que puede ser acusado de borracho en público u otros cargos relacionados si aparezco en las premisas ASAP o en cualquier otra función(s) ASAP intoxicado o bajo la influencia de cualquier estado de ánimo alterar los productos químicos.

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? _____

¿Cuanto 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, Cuanto tiempo duro?** _____

¿Usar drogas? SI NO **Si así es, Cuanto 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 está 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

DEJAR ESTÁ HOJA EN BLANCO

John Tyler ASAP

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.