

VIRGINIA ALCOHOL SAFETY ACTION PROGRAM

ACUERDO DE PARTICIPAR

Lea cada declaración y escriba sus iniciales en la línea que sigue a cada declaración.

As an ASAP participant, you are subject to the following program rules. These rules apply if you are enrolled as a court referral or if you are enrolled satisfying a DMV requirement.

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 ASAP según se 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 infracción penal o de tránsito nueva. _____

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 ASAP en su totalidad o establecer un plan de pago, al cual me adheriré. Esto se aplica únicamente a la participación ordenada por un tribunal. _____ (El pago completo se debe al momento de la inscripción para los casos del DMV)

Entiendo que soy responsable de pagar una tarifa de reprogramación de \$ 25 por 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 estoy obligado a participar activamente en las clases de educación ASAP. _____

Entiendo que debo asistir a todas las clases de educación y sesiones de tratamiento de ASAP sin alcohol ni 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 de interbloqueo de encendido 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 adherirme a este acuerdo de participación y que el incumplimiento dará como resultado que mi caso sea devuelto a la corte por incumplimiento. Además, entiendo que si estoy inscrito para cumplir con un requisito del DMV, mi incumplimiento puede dar lugar a que mi caso se cierre por no tener éxito. _____

Entiendo que el Código de Virginia requiere que ingrese y complete con éxito un Programa de Acción de Seguridad contra el Alcohol (ASAP) para que se restablezca mi licencia. Entiendo que si no completo el ASAP en este momento, puedo volver a inscribirme en un momento posterior y tendré que pagar la(s) tarifa(s) de inscripción requerida(s) y cualquier saldo pendiente de ASAP. _____

I HAVE READ THE ABOVE AND FULLY UNDERSTAND THE TERMS AND CONDITIONS OF MY PARTICIPATION IN ASAP.

Nombre del cliente (letra de imprenta)

Firma de Cliente

Fecha (Date)

Virginia Alcohol Safety Action Program

(Programa de Acción para la Seguridad de Alcohol)

Cuestionario de Admisión

Nombre: _____
(Primero) (Segundo) (Apellido)

Dirección de Envío: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Número de Teléfono: _____

Número de Teléfono Secundario (si tienes) _____

Número de Licencia: _____

Correo Electrónico: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Contacto de Emergencia: _____ Número de Teléfono: _____

Historia Médica

Condiciones Médicas: _____

Medicamentos Prescritos: _____

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

¿Tiene alguna condición médica directamente relacionada con el uso de drogas o alcohol? Si No

Indique las condiciones: _____

Historia Legal ¿Ha tenido alguna ...

Arresto o condenas anteriores: (No incluya su referencia presente)

DUI: Conducir bajo la influencia No Sí, ¿Cuántos? _____

Intoxicación Pública No Sí, ¿Cuántos? _____

Posesión de Alcohol siendo Menor de Edad No Sí, ¿Cuántos? _____

Delitos de Drogas No Sí, ¿Cuántos? _____

¿Otros Cargos Criminales (incluyendo conducción peligrosa) No Sí, ¿Cuántos? _____

Lista de Cargos: _____

¿Tiene cargos pendientes? No Sí, ¿Cuántos? _____

Liste cargos pendientes: _____

¿Está usted actualmente en libertad condicional con alguna otra agencia? No Sí,

Anote el nombre de la agencia: _____

Nombre del oficial de libertad condicional: _____

Sobre Su Referencia Actual:

¿Cuál fue su cargo original /delito? _____

Fecha de su cargo original /delito: _____

¿Cuál fue su condena definitiva? _____ Tribunal de Convicción _____

Fecha de Convicción: _____

¿Qué bebidas de alcohol y/o que medicamentos uso el día de su arresto? _____

¿Cuánto bebió / uso ese día? _____ ¿Cuál fue la ocasión? _____

¿Tuvo un accidente ese día? No Sí ¿Hubo heridos? No Sí

¿Cuál fue su BAC (cantidad de alcohol en la sangre) en el momento del arresto? _____

¿Se sintió intoxicado? No Sí

Historia de Alcohol y Drogas

¿Cuántos días a la semana consume alcohol? _____

¿Qué tanto alcohol consume en esas ocasiones? _____

¿Cuándo fue la última vez que consumió alcohol? _____

¿Cuánto consumió? _____

¿Qué drogas ha utilizado en los últimos seis meses:

Cocaína Marihuana Heroína Anfetaminas Otra: _____

¿Alguna vez ha intentado dejar de...

Beber? No Sí, ¿Cuánto tiempo se abstuvo? _____

Usar Drogas? No Sí, ¿Cuánto tiempo se abstuvo? _____

¿Alguna vez ha tomado un medicamento recetado que fue no prescrito a usted? No Sí, ¿Qué medicamentos tomó usted? _____ ¿Cuándo? _____

¿Alguno de sus parientes de sangre tienen, o tenían, un problema con alcohol o drogas? No Sí

¿Previamente Ha tenido algún(a) ...

Educación de Alcohol/Drogas? No Sí, ¿dónde? _____

¿Cuándo? _____

Tratamiento de Alcohol / Drogas? No Sí, ¿dónde? _____

¿Cuándo? _____

Participación ASAP? No Sí, ¿dónde? _____

¿Cuándo? _____

Asistencia previa de AA o NA? NO Sí, su asistencia fue Voluntaria Orden de Corte

Yo certifico que esta información es exacta al mejor de mi conocimiento.

Firma: _____

Fecha: _____

Uso de la oficina de ASAP- ASAP Office Use Only

Indicate Service Type: _____

CONSENTIMIENTO de VASAP PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL - GENERAL

Probacionista: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Por la presente otorgo el consentimiento del Programa de Acción de Seguridad del Alcohol de Virginia (VASAP) para intercambiar información con:

- El Tribunal de Registro/Remisión
- La oficina del Fiscal del Commonwealth
- Abogado(s) registrado(s)
- Agencias locales, estatales y federales de aplicación de la ley
- Otras entidades de justicia penal
- el Departamento de Vehículos Motorizados de Virginia
- proveedores de servicios de enclavamiento de encendido VASAP aplicables
- Otro (especificar) _____

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

Entiendo que, si un tribunal me remite al Programa de Acción de Seguridad del Alcohol, la información sobre mi participación se informará al tribunal y mi consentimiento para ese propósito terminará al completar con éxito mi libertad condicional ASAP. En caso de incumplimiento, este Consentimiento para la divulgación de información confidencial no expirará hasta que el tribunal remitente termine formalmente la supervisión del caso por parte del Programa de Acción de Seguridad del Alcohol.

Entiendo que, si me inscribo en el Programa de Acción de Seguridad del Alcohol para completar un requisito del **DMV**, este Consentimiento para la Divulgación de Información Confidencial expirará automáticamente al finalizar mi participación lo antes posible.

Entiendo que mis registros están protegidos por las Regulaciones Federales de Confidencialidad (42CFR Parte 2) y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones. Además, entiendo que toda la información de tratamiento está protegida por HIPAA y no puede ser divulgada por el ASAP sin mi consentimiento; sin embargo, si elijo transferirla a otro ASAP, todos los registros para incluir registros de tratamiento se enviarán al supervisor lo antes posible 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 esto _____ **Día de** _____, **20** _____

Firma del participante: _____

Firma del padre/tutor (*requerida si es menor de 18 años*): _____

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

Fecha de revocación: _____

Firma del participante: _____

Firma del padre/tutor (*si es necesario*): _____



Old Dominion Alcohol Safety Action Program
860 Smithfield Ave.
Winchester, VA 22601
P (540) 665-5633
F (540) 678-0730

Lanzamiento de Prueba de Alfombras

Como parte de su supervisión con Old Dominion lo antes posible, se le pedirá / se le pedirá que proporcione una muestra de orina para detectar sustancias ilegales. Debe estar preparado para enviar una muestra de orina en cada cita. Para evitar enviar una muestra adulterada o diluida anormal, debe cumplir con las siguientes pautas.

1. Beba no más de 8 onzas de líquido cada 1/2 hora para enviar una muestra de orina.
2. Informe a su administrador de casos sobre cualquier medicamento recetado o de venta libre que pueda estar tomando. Esté preparado para proporcionar una receta válida para los medicamentos recetados.
3. Lávese bien las manos con agua y jabón antes de proporcionar la muestra de orina.
4. **Tenga en cuenta que todas las pruebas de orina serán observadas por su administrador de casos u otro personal del programa.**
5. Si no proporciona una muestra de orina válida en el momento de la solicitud, su caso será devuelto a la corte como no reclamación.

Es una violación de la Sección 18.2-251.4 del *Código de Virginia* adulterar o sustituir la orina con la intención de defraudar dicha prueba. Tal ofensa es un delito menor de Clase 1, punible con hasta 12 meses de cárcel y una multa de hasta \$ 2,500.00. Su caso puede ser devuelto a la corte en violación si presenta una muestra de orina anormal, adulterada o diluida. Si se siguen los pasos mencionados anteriormente, no tendrá problemas para enviar una muestra de orina válida para su análisis.

Entiendo que soy responsable del costo de todas las pruebas de drogas. Esto incluye cualquier tarifa cobrada por la prueba de confirmación. Si elijo impugnar los resultados de una prueba realizada por el personal de Old Dominion ASAP.

Reconozco que he leído y entiendo la información anterior. Entiendo las consecuencias si no presento una muestra de orina válida para su análisis.

Cliente

Administrador de casos

Fecha

Fecha

Alcohol Safety Action Program

Descargo de responsabilidad de autorización por correo electrónico

Usted ha solicitado que nos comuniquemos con usted por correo electrónico. Debido al riesgo de que los mensajes electrónicos puedan ser mal dirigidos, pirateados o interceptados por partes no deseadas, el Programa de Acción de Seguridad del Alcohol no garantiza la confidencialidad de los mensajes enviados a través de Internet.

El correo electrónico enviado a través de Internet es especialmente vulnerable a las violaciones de privacidad o la divulgación no intencionada. Además, los mensajes enviados o recibidos desde el correo electrónico del trabajo también pueden ser monitoreados o vistos por su empleador.

Por la presente autorizo a la ASAP a comunicarse conmigo por correo electrónico. Reconozco que he leído el Descargo de responsabilidad de autorización del Programa de Acción de Seguridad del Alcohol proporcionado anteriormente.

Firma: _____

Nombre impreso: _____

Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____



Old Dominion Alcohol Safety Action Program
860 Smithfield Ave.
Winchester, VA 22601
P (540) 665-5633
F (540) 678-0730

Old Dominion ASAP **Instrucciones del Pago**

1. Escriba: NRADC.COM y se abrirá el sitio web del NorthWestern Regional Adult Detention Center.
2. En la parte superior de esta página, hará clic en: About us (Sobre nosotros).
3. Entonces elegirá: **Old Dominion Court Services** luego hará clic en: Alcohol Safety Action Program (ASAP)
4. Desplázate hacia abajo hasta **Payment Details** (detalles del pago) y haz clic.
5. A continuación, luego verá en el párrafo en el medio de la pantalla: **To make an online payment** (para realizar un pago en línea) y seleccione **Click here** (haga clic aquí).
6. Necesitará un número de caso cuando llegue a la página de pago que es: **V01-001**.

El siguiente enlace también se puede utilizar:

<https://www.nradc.com/about-us/old-dominion-court-services/alcohol-safety-action-program-asap-/news-general-information>