

# Solicitud de Servicios en Old Dominion Court Services

Por favor complete y regrese a:  
Old Dominion Court Services  
860 Smithfield Ave.  
Winchester, VA 22601

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_ Numero de Licencia \_\_\_\_\_ Estado Emitido: \_\_\_

Teléfono Residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Dirección Física: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección?? \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

¿Por qué está solicitando servicios con esta agencia? (Ejemplo: el corte lo refirió, el DMV lo refirió, la agencia de otro estado requiere su asistencia, etc.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Por favor enumere todos los cargos de conducir bajo la influencia de Virginia:

Ofensa 1: Corte \_\_\_\_\_ Fecha de condena: \_\_\_\_\_ Fecha de la ofensa: \_\_\_\_\_

Ofensa 2: Corte \_\_\_\_\_ Fecha de condena: \_\_\_\_\_ Fecha de la ofensa: \_\_\_\_\_

Ofensa 3: Corte \_\_\_\_\_ Fecha de condena: \_\_\_\_\_ Fecha de la ofensa: \_\_\_\_\_

## Por favor, enumere cualquier ofensa fuera del estado:

Ofensa 1: Corte \_\_\_\_\_ Fecha de condena: \_\_\_\_\_ Fecha de la ofensa: \_\_\_\_\_

Ofensa 2: Corte \_\_\_\_\_ Fecha de condena: \_\_\_\_\_ Fecha de la ofensa: \_\_\_\_\_

Ofensa 3: Corte \_\_\_\_\_ Fecha de condena: \_\_\_\_\_ Fecha de la ofensa: \_\_\_\_\_

¿Para cual ofensa(s), desea participar en nuestro programa? \_\_\_\_\_

¿Tenía una licencia de Virginia en el momento de la condena? \_\_\_\_\_

¿A completó la educación y / o asesoramiento en otro estado para este mismo DUI? \_\_\_\_\_

¿Tiene algún cargo pendiente, DUI o de otro tipo? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido servicios de esta agencia en el pasado? \_\_\_\_\_ Si es así, explique: \_\_\_\_\_

¿Está recibiendo actualmente servicios de esta ASAP u otra agencia? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Debe alguna tarifa a algún Programa de Acción de Seguridad de Alcohol de Virginia (VASAP)? \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

**Una vez recibido, dentro de los 15 días se le informará de los requisitos y tarifas requeridas. Todas las tarifas pagadas a Old Dominion ASAP no son reembolsables. Si no tiene claros los requisitos del DMV o de cualquier otra agencia, es únicamente su responsabilidad buscar asesoramiento legal de un abogado, o claridad de la agencia de referencia, antes de inscribirse. Old Dominion ASAP solo es responsable de proporcionar el servicio para el que solicita.**

Certifico que he respondido las preguntas lo mejor que puedo y busco inscribirme en el Programa Old Dominion ASAP.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del personal

**Solo para uso de Old Dominion ASAP:**

Comments: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Service Type: \_\_\_\_\_

Fee Required: \_\_\_\_\_

Client Advised On: \_\_\_\_\_