NOTIFICACIÓN DE REHABILITACIÓN SUPERVISADA: SOLICITUD

JD-CR-153S New 5-11
C.G.S § 54-56*l*, P.B. § 39-33

ESTADO DE CONNECTICUT
RAMA JUDICIAL
www.jud.ct.gov

(Nombre, dirección y código postal de la víctima)

Instrucciones para la División de Servicios de Apoyo del Tribunal (*Court Support Services*, CSSD por sus siglas en inglés)

1. Enviar original a la víctima por correo certificado.
2. Enviar copia a la Secretaría.
3. Conservar copia para los archivos de CSSD.

(Doblar)

Dirigida a: La víctima arriba mencionada

De parte de *(Nombre del acusado)*	Dirección del acusado *(Número, calle y ciudad o pueblo)*
Distrito judicial o Zona geográfica	Dirección del tribunal

Delitos o infracciones de tránsito que se imputan al acusado

Fecha de audiencia	Hora	Agente de CSSD	Número de teléfono
	____. M.		

El acusado arriba mencionado ha solicitado el Programa de Rehabilitación Supervisada de conformidad con el artículo 54-56/ del Código General de Connecticut (*Connecticut General Statutes*).

Se acusa al acusado de los delitos o infracciones de tránsito arriba mencionados.

Si se le concede el programa al acusado, éste será remitido a la División de Servicios de Apoyo del Tribunal, que en colaboración con el Departamento de Servicios de Salud Mental y contra la Adicción, ingresará al acusado en un programa que le proporcione los servicios pertinentes de supervisión en la comunidad, tratamiento y otros servicios. Una vez que el acusado haya completado el programa de manera satisfactoria, el juez desestimará los cargos.

En calidad de "víctima" de los delitos o infracciones de tránsito arriba mencionados, usted tiene derecho a expresar su opinión sobre si se le debe conceder el programa al acusado.

Si tiene alguna objección, podrá presentarse en la audiencia que ha sido programada para el día y la hora arriba indicada para exponer el motivo por el cual no se le debe conceder el programa al acusado.

Puede llamar a la Secretaría, al número de teléfono que figura arriba, el día antes de la audiencia en el tribunal, para enterarse de cualquier cambio en la fecha u hora de dicha audiencia.

Firma *(Agente de CSSD)*	Fecha

No complete este formulario. Utilice este formulario como guía para llenar el formulario oficial que está escrito en inglés.

Aviso de la ley ADA

La Rama Judicial del Estado de Connecticut cumple con los requisitos de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés). Si necesita un ajuste razonable de conformidad con la ley ADA, comuníquese con un empleado de la Oficina de la Secretaría llamando al número de teléfono arriba indicado.

Para uso exclusivo del tribunal
Fecha de emisión
Número de expediente