

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN SUPERVISADA

JD-CR-154S Rev. 10-21
C.G.S. §§ 54-56e (c), 54-56f; P.A. 21-79 § 1



Instrucciones para el acusado/a:

1. Llene la solicitud y el apartado relativo a su situación militar, y firme el formulario.
2. Entregue el original al secretario judicial.
3. Envíe una copia al fiscal que procesa su causa.
4. Conserve una copia para su constancia.

Aviso a la Secretaría: Por orden del tribunal y conforme al artículo 54-56(c) del Código General de Connecticut, se decreta la reserva del expediente.

PARA: Tribunal de Primera Instancia del Estado de Connecticut

ADA Notice
La Rama Judicial del Estado de Connecticut cumple con los requisitos de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés). Si usted necesita un ajuste razonable según lo dispuesto en la ADA, comuníquese con la Secretaría del tribunal o alguno de los delegados de la ADA cuyos nombres figuran en la página web: www.jud.ct.gov/ADA.

Número de GA/JD	Dirección del tribunal	Número de expediente
Nombre del acusado/a	Dirección del acusado/a (número, calle, número de apartamento, ciudad y código postal)	
Apodos/Apellido de soltera de la persona acusada	Número de teléfono del acusado/a	Número de CMIS
Delitos que se le imputan	Dirección de correo electrónico del acusado/a	

Solicitud

Se me acusa de los delitos arriba citados, los cuales son delitos o infracciones de tránsito que no son considerados graves, pero que podrían conllevar una pena de prisión. (Seleccione todas las respuestas que correspondan.)

- Padezco una discapacidad psiquiátrica y la adicción no es la única causa de mi estado mental o emocional. Si el cuidado y tratamiento necesario, mi estado mental o emocional sufre efectos adversos (interfiere considerablemente) con mi capacidad de funcionamiento.
- Soy veterano, según queda tipificado en el artículo 27-103 del Código General, y padezco de una condición de salud mental que puede ser tratada.

Solicito el Programa de Rehabilitación Supervisada. Si se concediera mi solicitud y se me permitiera participar en el programa, accedo a lo siguiente:

1. Otorgar más tiempo a la fiscalía para procesarme (se interrumpe la prescripción de la ley y renuncio a mi derecho a un juicio rápido) por los delitos arriba mencionados si no finalizo el Programa de Rehabilitación Supervisada satisfactoriamente.
2. Cumplir con todas las condiciones que imponga la División de Servicios de Apoyo del Tribunal (CSSD, por sus siglas en inglés) relativas a mi participación en el Programa de Rehabilitación Supervisada, incluyendo condiciones relativas a mi participación en reuniones, tratamiento o sesiones del programa.

Entiendo, además, que no podré participar en el Programa de Rehabilitación Supervisada si:

1. No reúno los requisitos para el Programa de Rehabilitación Acelerada de conformidad con el artículo 54-56e (c) del Código General, excepto en el caso que no reúna los requisitos de dicho programa porque reúno los requisitos del Programa Educativo contra la Violencia Intrafamiliar de conformidad con el artículo 46b-38c, y el juez determine que, debido a las circunstancias de mi caso, el Programa de Rehabilitación Supervisada es más adecuado que el Programa Educativo contra la Violencia Intrafamiliar.
2. He participado del Programa de Rehabilitación Supervisada en dos ocasiones anteriores.

Además, entiendo que:

1. El tribunal notificará (le dirá) a toda víctima de los delitos arriba mencionados que he solicitado el Programa de Rehabilitación Supervisada, y se le dará la oportunidad a la víctima de expresar si está de acuerdo con que se me permita participar en el programa.
2. CSSD confirmará si reúno los requisitos del programa, obtendrá una evaluación de mi salud mental y averiguará si hay opciones de supervisión, tratamiento y servicios disponibles que sean apropiados en mi caso. De ser así, CSSD elaborará un plan de tratamiento adecuado para mí y se lo presentará al juez.
3. Si se concede mi solicitud y se me permite participar en el Programa de Rehabilitación Supervisada, el tribunal me derivará a CSSD, y dicha agencia podría colaborar con el Departamento de Salud Mental y Servicios Contra la Adicción, el Departamento de Asuntos de Veteranos de Connecticut o el Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos, según corresponda, para ofrecerme la supervisión, tratamiento y servicios que sean más apropiados en mi caso. Me supervisará un agente de probatoria que cuente con capacitación especializada para trabajar con personas con problemas psiquiátricos y a quien se le asigna un número menor de casos a cargo.
4. La información relativa a mi persona y los motivos por los cuales participé en el Programa de Rehabilitación Supervisada estarán a disposición de los agentes de la policía estatal y local durante un periodo de cinco años de haberse otorgado el programa, aun cuando los cargos por los delitos arriba mencionados hayan sido desestimados una vez que complete el programa satisfactoriamente.
5. Los detalles relativos a mi estado de salud mental o emocional o los problemas de adicción, podrán ser informados y formarán parte de mi expediente judicial.

Autorizo a CSSD a obtener información para determinar si he participado anteriormente en el Programa de Rehabilitación Supervisada y si reúno los requisitos para el Programa de Rehabilitación Acelerada.

Continúa en la página siguiente...

Situación relativa al servicio militar

¿Alguna vez prestó servicio en la Fuerzas Armadas de los EE. UU., entre las que se incluye la Guardia Nacional de Connecticut?

No Sí, (especifique, si la respuesta fue "Sí"):

Soy miembro activo de las Fuerzas Armadas.

Recibí una baja honorable o una baja general en condiciones honorables del servicio activo en las Fuerzas Armadas.

Me dieron una baja no honorable del servicio activo en las fuerzas armadas: (especifique)

Recibí otro tipo de baja [other than honorable discharge], pero un proveedor médico del VA federal o la Junta de Revisión de Requisitos del Departamento de Asuntos de Veteranos ha determinado que cumpla los requisitos para recibir prestaciones para veteranos del estado de CT, acorde con el artículo 27-103 del Código General.

Recibí otro tipo de baja y un proveedor médico del VA federal o la Junta de Revisión de Requisitos del Departamento de Asuntos de Veteranos ha determinado que no cumpla los requisitos para recibir prestaciones para veteranos del estado de CT.

Recibí una baja deshonrosa o por mala conducta.

Al firmar este documento, afirmo que entiendo toda la información contenida en el mismo y solicito que se me conceda el Programa de Rehabilitación Supervisada conforme al artículo 54-56f del Código General.

He leído lo que antecede y lo entiendo.	Firma (Acusado/a)	Fecha	Consentimiento (padre o tutor legal)
Firma (persona debidamente designada)	Nombre en letra de molde	Fecha	

Juramento

Ante mí, persona debidamente designada por la Secretaría y autorizada para tomar juramentos, el acusado/a declaró, bajo pena de perjurio, que no ha participado previamente en el Programa de Rehabilitación Supervisada establecido según lo dispuesto en el artículo 54-56f del Código General de Connecticut.

Firma (Secretario auxiliar/funcionario debidamente acreditado)	Nombre en letra de molde	Fecha
--	--------------------------	-------

Primera orden del juez

(Marque con una "X" todo lo que corresponda)

(Si la solicitud queda denegada y se ordena que el expediente se haga público, considere ordenar que se oculte el número de teléfono del acusado/a)

La solicitud queda **denegada**

El acusado/a prestó juramento conforme al artículo 54-56f(c) del Código General:

en una audiencia pública

fuera de la sala, ante una persona autorizada a tomar juramentos que fue designada por la Secretaría

La solicitud queda **aprobada**. El juez declara la reserva del expediente en cuanto al público y remite al acusado a CSSD, para que dicha agencia confirme que el acusado reúne los requisitos del programa y evalúe su salud mental. La fiscalía deberá proporcionar a CSSD una copia del informe policial.

Al acusado se le imputa un delito grave clase C o una contravención del artículo 53a-71a(a)(1), siendo dicho acusado menos de cuatro años mayor que la otra persona, pero el juez ha determinado que existe justificación para permitir al acusado participar en el programa.

La causa queda aplazada hasta el día _____ a las _____ a.m./p.m.
(fecha) (hora)

Firma (Juez/Secretario auxiliar)	Nombre en letra de molde	Fecha
----------------------------------	--------------------------	-------