

**PRZEDPROCESOWY PROGRAM
INTERWENCYJNY DLA PROWADZĄCYCH
W STANIE OGRANICZONEJ ZDOLNOŚCI -
PROŚBA O PRZYWRÓCENIE MOŻLIWOŚCI UDZIAŁU**

JD-CR-191 New 4-22
Spec. Sess. P.A. 21-1 § 167

**Niniejszy formularz jest dostępny
w innych wersjach językowych.**

STAN CONNECTICUT
**SĄD WYŻSZY
ODDZIAŁ SĄDOWY**
www.jud.ct.gov



Powiadomienie o ADA

Oddział Sądowy Stanu Connecticut działa zgodnie z Ustawą o Niepełnosprawnych (ADA). Jeżeli potrzebujesz racjonalnych udogodnień, w ramach ustawy ADA, skontaktuj się z sekretarzem sądowym lub osobą na liście kontaktów ds. ADA, na stronie www.jud.ct.gov/ADA.

Instrukcje dla oskarżonego(-j)

1. Złóż oryginał tego podania w Sekretariacie Sądowym.
2. Prześlij kopię prokuratorowi prowadzącemu Twoją sprawę.

DO: Sądu Wyższego Stanu Connecticut

Okręg Sądowy Numer GA	Adres sądu	Sygnatura akt		
Imię i nazwisko oskarżonego(-j)	Adres oskarżonego(-j) (Numer, ulica, numer mieszkania, miejscowość i kod pocztowy)			
Pseudonim/Nazwisko rodowe oskarżonego(-j)	Adres e-mail oskarżonego(-j)	Numer telefonu pozwanego(-j)	Numer prawa jazdy kierowcy	Stan który wydał prawo jazdy
Wniesiony(-e) zarzut(y)	Numer sprawy CMIS			

Prośba o Przywrócenie Możliwości Udziału

Uprzednio został mi pomyślnie przyznany Przedprocesowy Program Interwencyjny dla Prowadzących w Stanie Ograniczonej Zdolności. Nie ukończyłem owego programu pomyślnie, i sąd odebrał mi możliwość udziału w programie.

Proszę sąd o przywrócenie mi (ponowne przyznanie) prawa do udziału w Przedproc. Progr. dla Prowadzących w Stanie Ograniczonej Zdolności. Jest to 1. raz 2. raz kiedy zwracam się z prośbą do sądu o przywrócenie mi prawa udziału w programie.

Jeżeli sąd przychyli się do mojej prośby, rozumiem, że będę musiał(a) wnieść bezzwrotną opłatę za program w wys. 250 USD jeżeli sąd nakaże mi udział w komponencie edukacji alkoholowej, lub pokryć koszt leczenia dot. używek, jeżeli sąd nakaże mi udział w komponencie leczniczym dot. używek, chyba że sąd zwolni mnie z owej opłaty lub kosztów.

- Zamierzam pokryć koszty oraz opłaty; lub
- Jestem reprezentowany(-a) lub kwalifikuję się na to, aby być reprezentowanym(-ą) przez obrońcę z Urzędu, tak też sąd musi zwolnić mnie z opłaty; lub
- Nie mogę pozwolić sobie na pokrycie kosztów i opłat związanych z programem, i proszę sąd o zwolnienie mnie z kosztów oraz opłat. (Musisz złożyć Oświadczenie o Ubóstwie - Zwolnienie z Opłat, Sprawy Karne, formularz JD-AP-48, jeżeli zaznaczysz tą opcję).

Podpisano (Oskarżony(-a))	Imię i Nazwisko literami drukowanymi	Data
---------------------------	--------------------------------------	------

Nakaz Sądu (Zaznacz wszystko co dotyczy)

Podanie o przywrócenie możliwości udziału jest:

- Odrzucone**, sąd nakazuje odtajnienie akt sądowych, wprowadzenie odpowiedzi „nie winny” na zarzuty, oraz bezzwłoczne umieszczenie sprawy na liście procesowej, jeżeli nie zostało to jeszcze uczynione.
- Rozpatrzone przychylnie**, pod warunkiem, że zostanie potwierdzone to, iż oskarżony(-a) kwalifikuje się na przywrócenie możliwości udziału. Sąd nakazuje utajnienie akt sądowych, odsyła oskarżonego(-ą) do CSSD, w celu potwierdz. tego, że się kwalifikuje, oraz nakazuje CSSD skierow. oskarżonego(-j) do Wydziału Usług Zdrowia Psychicznego i Uzależnień, lub do licencjonowanej przez Stan agencji leczenia dot. używek na stosowny komponent programu.

Bezzwrotna opłata za przywrócenie programu w wys. 250 USD, jeżeli CSSD skieruje oskarżonego(-ą) do udziału w komponencie programu edukacji alkoholowej, lub koszty leczenia dot. używek jeżeli CSSD poleci oskarżonemu(-ej) udział w komponencie programu dot. używek:

- Zostanie pokryta**, w całości, przez oskarżonego(-ą). Jeżeli oskarżony(-a) złożył(a) formularz *Oświadczenie o Ubóstwie - Zwolnienie z Opłat, Sprawy Karne*, sąd **odrzuca** podanie o zwolnienie z opłat.
- Sąd zwalnia oskarżonego(-ą) z opłat**, ponieważ stwierdza, że oskarżony(-a) jest ubogi(-a), lub nie jest w stanie zapłacić, albo jest reprezentowany(-a) lub kwalifikuje się na to, aby być reprezentowanym(-ą) przez obrońcę z Urzędu. Owo zwolnienie z opłat nie dotyczy żadnych opłat ani kosztów związanych z jakimkolwiek programem pozastanowym, w którym oskarżony(-a) weźmie udział, za zgodą CSSD.

Sprawa odroczone do (Data i godzina)	Podpisano (Sędzia, Asystent Sekretarz)	Data podpisu
--------------------------------------	----------------------------------------	--------------