

**PRETRIAL ALCOHOL EDUCATION
PROGRAM REQUEST FOR REINSTATEMENT**

JD-CR-44R Rev. 10-16
C.G.S. § 54-56g

STATE OF CONNECTICUT
**SUPERIOR COURT
JUDICIAL BRANCH**
www.jud.ct.gov



Instructions To Person Filling Out This Application

1. File the original of this application with the clerk of the court.
2. Send a copy to the prosecuting attorney.

ADA Notice

The Judicial Branch of the State of Connecticut complies with the Americans with Disabilities Act (ADA). If you need a reasonable accommodation in accordance with the ADA, contact a court clerk or an ADA contact person listed at www.jud.ct.gov/ADA.

TO: The Superior Court of the State of Connecticut

GA/JD number	Address of court	Docket number	
Name of defendant		Address of defendant (Number, street, apartment number, town, and zip code)	
Alias/Maiden name of defendant	Telephone number of defendant	Operator's license number	Issuing state
Offense(s) charged		CMIS case number	

I applied for the Pretrial Alcohol Education Program before, and my application was granted. I was placed in this program, but I did not successfully complete the program assigned to me, or I was found to be no longer amenable to treatment.

I now request reinstatement into the Pretrial Alcohol Education Program. If my request is granted, I understand that I must pay a nonrefundable program fee of \$175 if the court orders me to take part in a 10-session intervention program, or \$250 if the court orders me to take part in a 15-session intervention program, which will not be waived unless the court finds good cause (a reason why I should not have to pay). I understand that, if the court orders me to take part in a substance abuse treatment program, I must also pay the costs of reinstatement into the program, if there are any.

Signed (Defendant)	Print Name	Date
--------------------	------------	------

Court Support Services Division Verification of Eligibility

- Eligible for reinstatement Ineligible for reinstatement
 If granted, this is defendant's first reinstatement to this program.
 If granted, this is defendant's second reinstatement to this program.
 10 sessions recommended
 15 sessions recommended
 Substance abuse treatment program recommended

Next court date

Signed (Bail Services staff)	Print Name	Date
------------------------------	------------	------

Court Order ("X" all that apply)

(If the application is denied and the file ordered unsealed, consider ordering the defendant's telephone number redacted.)

- The request for reinstatement is **denied**, and the court file is ordered to be unsealed, a plea of not guilty is entered, if not previously entered, and this case is to be immediately placed on the trial list.
 The request for reinstatement is **granted**, the court file is ordered sealed and the defendant is referred to the Court Support Services Division for referral to the Department of Mental Health and Addiction Services for placement in an appropriate alcohol intervention program for one year or to be placed in a state-licensed substance abuse treatment program. The defendant is ordered to enter the program without delay.
 The defendant shall participate in one victim impact panel.
 The program fee is: \$175 (10 sessions) \$250 (15 sessions)
 The defendant is ordered to pay the clerk the nonrefundable program fee immediately.
 The program fee is waived for good cause shown.
 The substance abuse treatment program costs:
 Shall be paid by the defendant.
 Are waived for good cause shown.

Case continued to (Date and time)	Signed (Judge, Assistant Clerk)	Date signed
-----------------------------------	---------------------------------	-------------

PEDIMENTO DE READMISIÓN EN EL PROGRAMA EDUCATIVO CONTRA EL ALCOHOLISMO

JD-CR-44RS Rev. 10-16
C.G.S. § 54-56g

ESTADO DE CONNECTICUT
TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA
RAMA JUDICIAL
www.jud.ct.gov



Aviso de 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 acorde con la ley ADA, comuníquese con un empleado de la Secretaría o con uno de los delegados de la ADA cuyos nombres aparecen en la página Web: www.jud.ct.gov/ADA.

- Instrucciones para presentar la solicitud**
1. Presentar la solicitud original en la Secretaría.
2. Enviar copia al fiscal que procesa la causa.

A: Tribunal de Primera Instancia del Estado de Connecticut

Número de GA/JD	Dirección del tribunal	Número de expediente [Docket number]		
Nombre del acusado		Dirección del acusado (Número, calle, número de apartamento, ciudad y código postal)		
Apodos/Apellido de soltera de la persona acusada		Número de teléfono de la persona acusada	Número de licencia de conducir	Estado (que emite la licencia)
Delitos que se le imputan		Número de CMIS		

Ya había solicitado el Programa Educativo Contra el Alcoholismo; solicitud que había sido concedida. Me asignaron a participar en este programa, pero no lo cumplí de manera satisfactoria o se determinó que ya no estaba dispuesto a recibir el tratamiento en cuestión. Solicito por el presente que se me permita participar nuevamente en el Programa Educativo Contra el Alcoholismo. De concederse mi solicitud, entiendo que tendré que pagar una tarifa no reembolsable de \$175 si se me ordena tomar 10 sesiones del programa de educación, o de \$250 si se me ordena tomar 15 sesiones, tarifa de la cual no podré ser exonerado, a no ser que el juez determine que existe motivo justificado para ello (un motivo por el cual no tendrí que pagar dicha tarifa). Entiendo que si el juez ordena que tengo que participar en un programa de educación contra las drogas, tendré que pagar también la cuota de readmisión en el programa, de haber alguna.

Firma (Acusado)	Nombre en letra de molde	Fecha
-----------------	--------------------------	-------

Verificación de la División de Servicios de Apoyo del Tribunal relativa a la idoneidad del interesado para participar en el programa

Reúne los requisitos de readmisión en el programa No reúne los requisitos de readmisión en el programa

De concederse, esta es la primera vez que se le readmite en el programa.
 De concederse, esta es la segunda vez que se le readmite en el programa.
 Se le recomiendan 10 sesiones
 Se le recomiendan 15 sesiones
 Se le recomienda participación en el programa de tratamiento contra el abuso de sustancias

Fecha de comparecencia

Firma (Personal de la Oficina del Comisionado de Fianzas)	Nombre en letra de molde	Fecha
-----------------------------------------------------------	--------------------------	-------

Orden Judicial (marcar con "X" todo lo que corresponda)

(Si la solicitud es denegada y se ordena que el expediente se haga público, considere ordenar que se oculte el número de teléfono del solicitante)

- Queda **denegada** la solicitud de readmisión en el programa. Se dispone que el expediente se haga público y se registre en el acta una declaración oficial de no culpabilidad ante los cargos, en caso de no haberse registrado ésta anteriormente. Se dispone además que el presente caso se incluya de inmediato en la lista de causas que hayan de elevarse a juicio.
- Queda **aprobada** la solicitud de readmisión. Se decreta la reserva del expediente y se envía al acusado a la División de Servicios de Apoyo del Tribunal (Court Support Services Division) para que dicha agencia, a su vez, lo derive al Departamento de Salud Mental y Servicios contra la Adicción (Department of Mental Health and Addiction Services) para ser admitido en el programa de tratamiento pertinente contra el alcoholismo por el término de un año o que se le asigne a un programa de tratamiento contra el abuso de sustancias acreditado por el estado. Se ordena al demandado ingresar sin demora en el programa.
- El acusado deberá participar en un panel del impacto sobre las víctimas.
- La cuota del programa es de: \$175 (10 sesiones) \$250 (15 sesiones)
- Al acusado se le ordena pagar de inmediato en la Secretaría la cuota no reembolsable.
 Se le exime al acusado de la tarifa del programa por motivo justificado.
- El costo del programa de educación contra el abuso de sustancias:
 El acusado se hará responsable del pago.
 Se le exime al acusado de la tarifa del programa por motivo justificado.

La causa queda aplazada hasta el (día y hora)	Firma (Juez/Secretario auxiliar)	Fecha
-----------------------------------------------	----------------------------------	-------