

WNIOSEK O NADZOROWANY PROGRAM ZASTĘPCZY

JD-CR-154P Rev. 7-16
C.G.S. § 54-56f; P.A. 16-167 § 46

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



Instrukcje dla oskarżonego:

1. Wypełnij części Wniosek oraz Status Służby Wojskowej i złóż podpis na formularzu.
2. Złóż oryginał w sekretariacie sądowym.
3. Wyślij kopię do prokuratora (Prokuratora Stanowego) zajmującego się Twoją sprawą.
4. Jedną kopię zatrzymaj do własnej dokumentacji.

Powiadomienie dla Sekretarza: Utajnij akta wedle nakazu sądowego w oparciu o C.G.S. § 54-56(c).

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 pracownikiem Oddziału Sądowego, lub osobą na liście kontaktów ds. ADA na stronie www.jud.ct.gov/ADA

DO: Sądu Wyższego Stanu Connecticut

GA/JD numer	Adres sądu	Sygnatura akt
Imię i nazwisko oskarżonego		Adres oskarżonego (Numer, ulica, numer mieszkania, miejscowość i kod pocztowy)
Pseudonim/Nazwisko rodowe oskarżonego	Numer telefonu oskarżonego	Numer sprawy CMIS
Wniesiony(e) zarzut(y)		

Wniosek

Postawiono mi wyżej wymieniony(e) zarzut(y), który(e) nie jest(są) ciężkim(i) przewinieniem(ami), kryminalnym(i) lub drogowym(i), lecz za który(e) mogę otrzymać karę więzienia. (Zaznacz „X” wszystko co się dotyczy.)

- Jestem niepełnosprawny psychicznie, i mój psychiczny lub emocjonalny stan nie jest spowodowany wyłącznie nadużywaniem substancji odurzających. Bez stosownej opieki oraz leczenia, mój psychiczny lub emocjonalny stan ma znaczący niekorzystny wpływ na (mocno zaburza) moją zdolność funkcjonowania.
- Jestem weteranem i cierpię na nadające się do leczenia zaburzenie psychiczne (zaburzenie które może być leczone). Zostałem zwolniony w warunkach wykluczających zwolnienie karne z aktywnej służby wojskowej, wedle definicji w paragrafie 27-103 Kodeksu Ogólnego Stanu Connecticut.

Składam wniosek o Nadzorowany Program Zastępczy. Jeżeli mój wniosek zostanie rozpatrzony przychylnie, i program zostanie mi przyznany, zgadzam się na to co następuje:

1. Jeżeli nie ukończę pomyślnie Nadzorowanego Programu Zastępczego, dam prokuraturze więcej czasu na ściganie mnie sądownie (zrzekam się ustawy o przedawnieniu oraz prawa do bezwzględnego procesu) w związku z powyższym(i) zarzutem(ami).
2. Wszystkie warunki które mogą zostać nałożone przez Dział Sądowych Usług Wspomagających (CSSD) w związku z moim udziałem w Nadzorowanym Programie Zastępczym, włączając w to warunki dotyczące mojego udziału w spotkaniach, leczeniu oraz sesjach Programu.

Rozumiem również, że nie będę mógł uczestniczyć w Nadzorowanym Programie Zastępczym, jeżeli:

1. Nie zakwalifikuję się do Przedprocesowego Przyspieszonego Programu Resocjalizacyjnego w oparciu o paragraf 54-56e (c) Kodeksu Ogólnego Stanu Connecticut, chyba, że nie zakwalifikuję się do niego ze względu na to, że zakwalifikowałem się do Programu Edukacyjnego o Przemocy w Rodzinie w oparciu o paragraf 46b-38c, i sąd stwierdził, że ze względu na okoliczności mojej sprawy Nadzorowany Program Zastępczy jest dla mnie lepszy niż Program Edukacyjny o Przemocy w Rodzinie
2. Skorzystałem wcześniej już dwa razy z Nadzorowanego Programu Zastępczego.

Rozumiem również, że:

1. Sąd wyśle powiadomienie (poinformuje) każdą z ofiar wyżej wymienionego(ych) czynu(ów), że złożyłem wniosek o Nadzorowany Program Zastępczy, i że każda ofiara będzie mogła wypowiedzieć się przed sądem na temat tego czy uważa, że program powinien zostać mi przyznany.
2. Dział CSSD potwierdzi czy kwalifikuje się do tego programu, uzyska ocenę mojego stanu psychicznego, oraz ustali właściwy nadzór, leczenie oraz dostępne dla mnie rodzaje usług. W tym przypadku, CSSD przygotuje plan mojego leczenia, i przekaże go sądowi.
3. Jeżeli mój wniosek zostanie rozpatrzony przychylnie, i przyznany zostanie mi Nadzorowany Program Zastępczy, sąd skieruje mnie do działu CSSD, który to może współpracować z Wydziałem Usług Zdrowia Psychicznego i Uzależnień, Stanowym Wydziałem Spraw Weteranów w Connecticut, lub Narodowym Wydziałem Spraw Weteranów, wtedy kiedy jest to stosowne, aby zapewnić mi odpowiedni nadzór, leczenie, oraz usługi. Będę nadzorowany przez kuratora sądowego zajmującego się zredukowaną (mniejszą) ilością spraw, i który to przeszedł specjalistyczne szkolenie w zakresie pracy z ludźmi ze schorzeniami psychicznymi.
4. Informacje na mój temat, oraz powodów mojego uczestnictwa w Nadzorowanym Programie Zastępczym, będą dostępne dla stanowej oraz lokalnej policji przez pięć lat od momentu przyznania mi Programu, pomimo, że zarzuty za wyżej wymienione czyny zostaną oddalone jeżeli pomyślnie ukończę Program
5. Szczegóły dotyczące mojego stanu psychicznego, lub emocjonalnego, lub problemów z nadużywaniem substancji odurzających, mogą zostać ujawnione w sądzie, i mogą stać się częścią moich akt sądowych.

Zgadzam się aby dział CSSD uzyskał informacje na temat tego czy skorzystałem już wcześniej z Nadzorowanego Programu Zastępczego, oraz czy kwalifikuję się do Przyspieszonego Przedprocesowego Programu Resocjalizacyjnego.

Ciąg dalszy na następnej stronie...

Status Służby Wojskowej

Czy kiedykolwiek służyłeś w Siłach Zbrojnych USA, włączając w to Gwardię Narodową Connecticut.

(Wedle definicji w paragrafie 27-103 Kodeksu Ogólnego Stanu Connecticut)? Tak Nie

Jeżeli kiedykolwiek odbyłeś służbę wojskową: (Zaznacz jedno znakiem „X”)

- Jestem aktywnym członkiem sił zbrojnych.
 Zostałem zwolniony ze służby wojskowej honorowo, lub w warunkach wykluczających zwolnienie karne.
 Zostałem zwolniony karnie ze służby wojskowej.

Podpisując niniejszy formularz potwierdzam, że rozumiem wszystkie zawarte w nim informacje, i proszę o uczestnictwo w Nadzorowanym Programie Zastępczym w oparciu o paragraf 54-56/ Kodeksu Ogólnego Stanu Connecticut.

Przeczytałem powyższe informacje i je rozumiem.	Podpisano (Oskarżony)	Data podpisu	Za zgodą (Rodzica lub Opiekuna Prawnego)
Podpisano (Odpowiednio upoważniona osoba)	Wpisz swoje imię i nazwisko literami drukowanymi		Data podpisu

Przysięga

Oskarżony oświadczył pod karą za krzywoprzysięstwo w mojej obecności, odpowiednio wyznaczonej przez sekretarza i upoważnionej do zaprzysięgania osoby, że uprzednio nie uczestniczył więcej niż raz w Nadzorowanym Programie Zastępczym utworzonym w oparciu o paragraf 54-56/ Kodeksu Ogólnego Stanu Connecticut.

Podpisano (Zastępca Sekretarza Sądowego/ Odpowiednio upoważniona osoba)	Wpisz swoje imię i nazwisko literami drukowanymi	Data podpisu
---	--	--------------

Pierwszy Nakaz Sądowy

(Zaznacz znakiem „X” wszystko co się dotyczy)

(Jeżeli wniosek zostanie odrzucony i zostanie wydany nakaz odtajnienia akt, rozważ usunięcie numeru telefonu oskarżonego.)

- Wniosek został **odrzucony**.
- Oskarżony został zaprzysiężony zgodnie z paragrafem 54-56/ (c) Kodeksu Ogólnego Stanu Connecticut:
- na sali sądowej
- poza salą sądową przez osobę wyznaczoną przez sekretarza i odpowiednio upoważnioną do zaprzysięgania
- Wniosek został rozpatrzony **przychylnie**. Sąd nakazuje aby akta sprawy zostały utajnione, i odsyła pozwanego do działu CSSD w celu potwierdzenia tego czy się kwalifikuje, oraz dokonania oceny stanu zdrowia psychicznego oskarżonego. Prokurator Stanowy dostarczy kopię raportu policyjnego do działu CSSD.

Sprawa jest odroczonej do _____ o godz _____
(data) (godzina)

Podpisano (Sędzia, Asystent Sekretarza)	Wpisz swoje imię i nazwisko literami drukowanymi	Data podpisu
---	--	--------------

JD-CR-154P Rev 7-16