

**PODANIE O PRZEDPROCESOWY PROGRAM
INTERWENCYJNY DLA PROWADZĄCYCH
W STANIE OGRANICZONEJ ZDOLNOŚCI**

JD-CR-189P New 4-22 Spec. Sess. P.A. 21-1 §§ 85,167

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

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



Instrukcje dla oskarżonego(-j):

1. *Złóż oryginał tego podania w Sekretariacie Sądowym.*
2. *Prześlij kopię prowadzącemu Twoją sprawę prokuratorowi.*
3. *Do podania należy dołączyć opłatę 100 USD za rozpatrzenie podania, oraz bezzwrotną opłatę 150 USD za ewaluację, chyba że dołączysz Oświadczenie o Ubóstwie - Zwolnienie z Opłat, Sprawy Karne, formularz JD-AP-48, lub kwalifikujesz się na to, żeby reprezentował Cię obrońca z Urzędu.*

Powiadomienie dla Sekretarza Sądowego: Utajnij akta sądowe zgodnie ze Spec. Sess. 21-1§ 167(b)(1).

**Aby uzyskać informacje na
temat udogodnień w ramach
ADA, skontaktuj się z
sekretariatem sądowym lub
wejdź na stronę:
www.jud.ct.gov/ADA.**

DO: Sądu Wyższego Stanu Connecticut

Okręg Sądowy Numer GA	Adres sądu	Sygnatura Akt		
Pełne 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 oskarżonego(-j)	Numer prawa jazdy kierowcy	Stan który wydał prawo jazdy
Postawiony(-e) zarzut(y)				

Podanie

Jestem oskarżony(-a) o naruszenie § 14-227a, 14-227g, 14-227m, 14-227n, 15-133(d) lub 15-140n Kodeksu Ogólnego, i ubiegam się o Przedprocesowy Program Interwencyjny dla Prowadzących w Stanie Ograniczonej Zdolności.

Jeżeli program zostanie mi przyznany, zgadzam się na to co następuje:

1. Na zawieszenie (odroczenie) ustawy o przedawnieniu, i zrzeczenie się prawa do bezzwłocznego procesu, dając prokuraturze więcej czasu na ściganie mnie na drodze sądowej za rzekome wykroczenie(-a), jeżeli nie ukończę programu.
2. Wzięcie udziału w 12-sesyjnym komponencie edukacji alkoholowej lub w co najmniej 15 sesjach komponentu leczenia dot. używek.
3. Wniesienie opłaty w wys. 400 USD za program, jeżeli Oddział Sądowych Usług Wspomagających (CSSD) skieruje mnie na udział w komponencie edukacji alkoholowej, lub 100 USD plus koszt usług, jeżeli CSSD skieruje mnie na udział w komponencie leczenia dot. używek, chyba że sąd zwolni mnie z opłat.
4. Rozpoczęcie owych komponentów programu nie później niż 90 dni po terminie skierowania mnie przez CSSD, chyba że poproszę o późniejszy termin rozpoczęcia programu, i CSSD przychyli się do mojej prośby.
5. Pomyślnie ukończenie wszystkich, nakazanych mi przez sąd. komponentów programu.
6. Nie dopuszczenie się żadnego czynu, który stanowiłby naruszenie §§ 14-227a, 14-227g, 14-227m, 14-227n, 15-33(d) lub 15-140n Kodeksu Ogólnego.
7. CSSD może wymagać, abym poddał(a) się dodatkowemu leczeniu dot. używek, po ukończeniu pierwotnych komponentów programu, tak aby pomyślnie ukończyć program, jeżeli zostanie to zalecone przez świadczeniodawcę programu, i CSSD zgodzi się z owym zaleceniem.
8. Wysłać powiadomienie przy użyciu formularza Oddziału Sądowego JD-CR-193, *Powiadomienie o Podaniu o Przedprocesowy Program Interwencyjny dla Prowadzących w Stanie Ograniczonej Zdolności*, jako list wartościowy lub polecony, do wszystkich ofiar które odniosły poważne obrażenia fizyczne wskutek zarzucanego mi naruszającego prawo czynu.

Odnosić kosztów i opłat za program:

- 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;
- 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).

Wcześniejsze Uczestnictwo i Kwalifikacja

1. Czy w przeszłości został Ci przyznany Przedproces. Progr. Edu. Alkoholowej w oparciu o § 54-56g, lub Przedproces. Progr. Interwencyjny dla Prowadzących w Stanie Ogranicz. Zdolności, zgodnie z Sess. PA. 21-1 § 167? Nie Tak, w dniu (data) _____
(Jeżeli miało to miejsce mniej niż 10 lat przed złożeniem niniejszego podania, nie kwalifikujesz się na udział w programie).
2. Czy zostałeś(-aś) skazany(-a) za naruszenie § 14-227a, 14-227g, 14-227m, 14-227n, 15-132a, 15-133(d), 15-140l, 15-140n, 53a-56b, lub 53a-60d lub złamanie prawa w innym stanie, którego podstawowe elementy są zasadniczo takie same jak powyższych paragrafów?
 Nie Tak (Jeżeli „Tak”, nie kwalifikujesz się na udział w tym programie).
3. Jesteś obecnie oskarżony(-a) o naruszenie § 14- 227a, 14- 227g, 14-227m lub 14-227n Kodeksu Ogólnego?
 Nie Tak, Jeżeli „Tak”:
- a. Czy w momencie dopuszczenia się tego naruszenia posiadałeś(-aś) komerc. prawo jazdy lub pozwolenie na instruktarz komerc. kierowcy?
 Nie Tak, (If "Yes", nie kwalifikujesz się na udział w tym programie).
- b. Czy prowadziłeś(-aś) komerc. pojazd silnikowy, w rozumieniu § 14-1 Kodeksu Ogólnego w momencie dopuszczenia się naruszenia prawa?
 Nie Tak, (Jeżeli „Tak”, nie kwalifikujesz się na udział w tym programie).
4. Czy zarzucane Ci naruszenie spowodowało poważne obrażenia fizyczne drugiej osoby?
 Nie Tak, (Jeżeli „Tak”, nie kwalifikujesz się na udział w tym programie, chyba że sąd znajdzie wystarczający powód aby pozwolić Ci na udział w programie).

Status Służby Wojskowej

- Czy kiedykolwiek służyłeś(-aś) w Siłach Zbrojnych USA, włączając w to Gwardię Narodową Connecticut? Nie Tak, (jeżeli „Tak”, precyzuj):
- Jestem czynnym członkiem Sił Zbrojnych.
- Otrzymałem(-am) zwolnienie honorowe lub ogólne, klasyfikowane jako zwolnienie w warunkach honorowych, z czynnej służby wojskowej.
- Otrzymałem(-am) zwolnienie z czynnej służby wojskowej, innego rodzaju niż honorowe: (Specyzuj)
- Zostałem(-am) zwolniony(-a) ze służby wojsk. w warunkach innych niż honorowe, lecz przysługują mi stanowe świadczenia CT dla Weteranów, w oparciu o § 37-103 Kodeksu Ogóln., według Federalnego świadczeniodawcy służby zdrowia Wydziału ds. Weteranów (VA) lub Rady Rewizyjnej ds. Kwalifikacji, Wydziału ds. Weteranów.
- Zostałem(-am) zwolniony(-a) ze służby wojsk. w warunkach innych niż honorowe, oraz nie przysług. mi stanowe świadczenia CT dla weteranów, według Federal. świadczeniodawcy służby zdrowia Wydziału ds. Weteranów (VA) lub Rady Rewizyjnej ds. Kwalifikacji, Wydz. ds. Weteranów.
- Zostałem(-am) zwolniony(-a) ze służby karnie, lub za naganne zachowanie.

Podpisując niniejszy formularz, udzielam CSSD pozwolenia na uzyskanie informacji na temat tego, czy wziąłem(-am) udział w którymkolwiek z ww. programów, i proszę Sąd o przychylnie rozpatrzenie mojego podania, oraz umieszczenie mnie w Przedprocesowym Programie Interwencyjnym dla Prowadzących w Stanie Ograniczonej Zdolności.

Przeczytałem(-am) i rozumiem powyższe.	Podpisano (Oskarżony(-a))	Data podpisu	Za zgodą (Rodzica lub Opiekuna Prawnego)
Podpisano (Odpowiednio uprawniona osoba)	Wpisz imię i nazwisko literami drukowanymi		Data podpisu

Nakaz Sądu (Zaznacz wszystko co dotyczy)

- Podanie zostało **odrzucone**.
- Podanie zostało **rozpatrzone przychylnie** na okres 1. roku, pod warunkiem potwierdzenia, iż oskarżony(-a) kwalifikuje się na program. Sąd nakazuje utajnienie akt sądowych, odsyła oskarżonego(-ą) do CSSD, w celu potwierdzenia tego, że się kwalifikuje, oraz nakazuje CSSD skierowanie oskarżonego(-j) do Wydziału Usług Zdrowia Psychicznego i Uzależnień (DMHAS) na ewaluację oraz w celu ustalenia odpowiedniego komponentu edukacji alkoholowej lub leczenia dot. używek. Dokonawszy ewaluacji i ustalenia, CSSD skieruje oskarżonego(-ą) na udział w odpowiednim komponentie edukacji alkoholowej, lub leczenia dot. używek, ustalonym w oparciu o ewaluację, oraz skieruje oskarżonego(-ą) do DMHAS, lub licencjonowanego przez Stan świadczeniodawcy leczenia dot. używek, dysponującego placówkami spełniającymi wszystkie wymogi stanowe do celów otrzymywania stosownych komponentów edukacji narkotykowej lub leczenia dot. używek. CSSD może pozwolić oskarżonemu(-j) na udział w jakimkolwiek komponentie poza terenem stanu, jeżeli udział w komponentie na terenie tego stanu nie jest racjonalnie możliwy ze względu na zatrudnienie, miejsce zamieszkania lub edukacji oskarżonego(-j) i ów pozastanowy świadczeniodawca komponentu spełnia kryteria zgodnie z Spec. Sess. P.A. 21-1 § 167(e)(3), i oskarżony(-a) pokryje koszty lub opłaty owego pozastanowego komponentu programu. Bezzwrotna opłata za program w wysokości 400 USD, jeżeli CSSD skieruje oskarżonego(-ą) na udział w komponentie programu edukacji alkoholowej, lub bezzwrotna opłata za program w wysokości 100 USD, plus koszty leczenia dot. używek, jeżeli CSSD skieruje oskarżonego(-ą) na udział w komponentie leczenia dot. używek: (Wybierz jedno)
- 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 reprezentację przez Obrońcę z Urzędu. *Owo zwolnienie z opłat nie dot. żadnych opłat ani kosztów związ. z jakimkolwiek komponentem programu na uczestniczenie w którym CSSD pozwala oskarżonemu(-ej) w innym stanie.*

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