

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CONTRA LA CONDUCCIÓN BAJO LOS EFECTOS DE ALCOHOL O DROGAS

JD-CR-189S New 4-22
Ses. Esp. L.P. 21-1 §§ 85,167

Este formulario está disponible en otros idiomas.

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



Instrucciones para el acusado/a

1. Presentar la solicitud original en la Secretaría del tribunal.
2. Enviar copia al fiscal.
3. Al presentar la solicitud, usted deberá pagar la tarifa de solicitud de \$100 y la tarifa de evaluación de \$150 no reembolsables, a menos que presente una Declaración Jurada de Indigencia - Exoneración de Tarifas Judiciales, Causa Penal (formulario JD-AP-48), o si le representa un abogado de oficio o reúne los requisitos para dicha representación.

Para información sobre ajustes acorde con la ley ADA, comuníquese con la Secretaría del tribunal o visite: www.jud.ct.gov/ADA.

Aviso a la Secretaría: Por orden del tribunal y conforme a la Ses. Esp. 21- 1 § 167(b), se decreta la reserva del

expediente. **PARA: Tribunal de Primera Instancia del Estado de Connecticut**

| | | | | |
|--|--|----------------------------------|-----------------------------------|---------------|
| Distrito judicial Número de GA | 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 del acusado/a | Dirección de correo electrónico del acusado/a | Número de teléfono del acusado/a | Número de la licencia de conducir | Estado emisor |
| Delitos que se le imputan | | | | |

Solicitud

Se me acusa de incumplir los artículos 14-227a, 14-227g, 14-227m, 14-227n, 15-133(d) o 15-140n del Código General y solicito el Programa de Intervención contra la Conducción bajo los Efectos de Alcohol o Drogas.

De concederse mi solicitud, accedo a lo siguiente:

1. A suspender la prescripción de la ley y a renunciar al derecho a juicio sin demora para conceder más tiempo a la fiscalía de encausarme por el presunto delito(s) en caso de no completar el programa de manera satisfactoria.
2. A participar en el componente de educación sobre el alcohol de 12 sesiones o en el componente de tratamiento contra el consumo de sustancias de 15 sesiones como mínimo.
3. A pagar la tarifa del programa de \$400 si la División de Servicios de Apoyo del Tribunal (CSSD, por sus siglas en inglés) me ordenara asistir al componente de educación sobre las drogas; o a pagar la tarifa de \$100 más el costo de los servicios, si CSSD me ordenara asistir al componente de tratamiento contra el consumo de sustancias, a menos que el juez me exima del pago de dichas tarifas y costos.
4. A empezar los componentes del programa que CSSD me ordene en un plazo máximo de 90 días a partir de dicha orden, a menos que yo solicite empezar en una fecha posterior y CSSD apruebe dicha solicitud.
5. A completar satisfactoriamente todos los componentes del programa a los que el juez me ordene asistir.
6. A no incurrir en ningún tipo de conducta que constituya un incumplimiento de los artículos 14-227a, 14-227g, 14-227m, 14-227n, 15-33(d), o 15-140n del Código General.
7. A que CSSD pueda exigirme, como condición para completar el programa satisfactoriamente, que reciba tratamiento adicional contra el consumo de sustancias tras haber completado los componentes originales del programa, si un proveedor así lo recomendase y CSSD estuviese de acuerdo.
8. A enviar notificación por correo certificado, mediante el formulario JD-CR-193 de la Rama Judicial (*Notificación de Solicitud del Programa de Intervención contra la Conducción bajo los Efectos de Alcohol o Drogas*), a toda víctima que haya sufrido lesiones graves a causa de mi presunto delito.

En cuanto a las tarifas y los costos del programa:

- Pienso pagar las tarifas y los costos; o
- Me representa un abogado de oficio, o reúno los requisitos para dicha representación, y por este motivo el juez deberá eximirme del pago de la tarifa; o
- No puedo pagar los costos y las tarifas del programa y solicito al juez que me exima del pago de los mismos. (Si selecciona esta opción, usted deberá presentar el formulario JD-AP-48, Declaración Jurada de Indigencia - Exoneración de Tarifas Judiciales, Causa Penal).

Participación previa y requisitos

- ¿Ha sido admitido previamente al Programa de Educación contra el Alcohol bajo el artículo 54-56g del Código General o al Programa de Intervención contra la Conducción bajo los Efectos de Alcohol o Drogas bajo Ses. Esp. L.P. 21-1 § 167? No Sí, el día (fecha) _____
(Si han transcurrido menos de 10 años entre dicha fecha y esta solicitud, usted no cumple los requisitos para este programa).
- ¿Ha sido usted condenado de incumplir los artículos § 14-227a, 14-227g, 14-227m, 14-227n, 15-132a, 15-133(d), 15-140l, 15-140n, 53a-56b, o 53a-60d del Código General o algún delito en otro estado que tenga básicamente los mismos elementos?
 No Sí (si la respuesta fue "Sí", usted no cumple los requisitos para este programa).
- ¿Le acusan de incumplir los artículos 14-227a, 14-227g, 14-227m o 14-227n del Código General?
 No Sí, en caso de responder "sí":
 - ¿Tenía usted una licencia o un permiso de instrucción para conducir vehículos comerciales cuando ocurrió el delito?
 No Sí, (si la respuesta fue "Sí", usted no cumple los requisitos para este programa).
 - ¿Estaba usted conduciendo un vehículo motorizado comercial, tal como se define ese término en el artículo 14-1 del Código General, cuando ocurrió el delito?
 No Sí, (si la respuesta fue "Sí", usted no cumple los requisitos para este programa).
- ¿El presunto delito le causó lesiones graves a otra persona?
 No Sí (si la respuesta fue "Sí", usted no cumple los requisitos para este programa, a menos que el juez determine que existe motivo justificado para permitir que participe en dicho programa).

Situación relativa al servicio militar

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

- No Sí, (si la respuesta fue "Sí", especifique):
- 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.
- Recibí 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 cumplo 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 cumplo los requisitos para recibir prestaciones para veteranos del estado de CT.
- Recibí una baja deshonrosa o por mala conducta.

Al firmar este formulario, autorizo a CSSD a obtener información acerca mi participación en cualquiera de los programas mencionados anteriormente y solicito al juez que conceda mi solicitud y me permita participar en el Programa de Intervención contra la Conducción bajo los Efectos de Alcohol o Drogas.

| | | | |
|---|--------------------------------------|-------|---|
| He leído lo que antecede y lo entiendo. | Firma (acusado/a) | Fecha | Consentimiento (progenitor o tutor legal) |
| Firma (persona debidamente designada) | Nombre y apellidos en letra de molde | | Fecha |

Orden del juez (seleccione todo lo que corresponda)

- La solicitud queda **denegada**.
- La solicitud **se concede** por un periodo de 1 año, sujeta a la confirmación de idoneidad del acusado/a para participar en el programa. El juez decreta la reserva del expediente y remite al acusado/a a CSSD para verificar que el acusado/a reúna los requisitos para el programa y ordena a CSSD que derive a la persona acusada al Departamento de Salud Mental y Servicios contra la Adicción (DMHAS, por sus siglas en inglés) para la evaluación y determinación del componente de educación sobre el alcohol o de tratamiento contra el consumo de sustancias que corresponda.

Al recibir la evaluación y determinación, CSSD ordenará al acusado/a asistir al componente de educación sobre el alcohol o de tratamiento contra el consumo de sustancias, conforme a la evaluación, y remitirá al acusado/a a DMHAS o a un proveedor de tratamiento contra el consumo de sustancias con licencia estatal con instalaciones que cumplan con todas las normas estatales para recibir los servicios del componente de educación sobre el alcohol o de tratamiento contra el consumo de sustancias.

CSSD podría permitir al acusado/a participar en cualquiera de los componentes del programa en otro estado si no fuera razonable participar en el componente en este estado por motivo de trabajo, lugar de residencia o educación, siempre y cuando el proveedor del componente del programa fuera del estado cumpla con los criterios descritos en Ses. Esp. L.P. 21-1 § 166(d)(4) y el acusado/a pague las tarifas y costos de dicho componente del programa fuera del estado.

En cuanto a la tarifa del programa de \$400 no reembolsables, si CSSD le ordena al acusado/a asistir al componente del programa de educación sobre el alcohol, o la tarifa del programa de \$100 no reembolsables sumada al costo del tratamiento contra el consumo de sustancias, si CSSD ordena al acusado asistir al componente de tratamiento contra el consumo de sustancias: (Seleccione una opción)

- El acusado/a **pagará** dichas tarifas en su totalidad. Si el acusado/a ha presentado la Declaración Jurada de Indigencia – Exención de Tarifas Judiciales, Causa Penal, el juez **deniega** la solicitud de exención de tarifas judiciales.
- Se exime** del pago de tarifas al acusado/a, ya que el juez ha dictaminado que el acusado/a es indigente y no tiene capacidad de pago o por estar representado por los abogados de oficio o reunir los requisitos para dicha representación. **La exención de pago de tarifas o costos de los componentes del programa no se aplica en caso que el acusado/a participe, con autorización de CSSD, en dichos componentes en otro estado.**

| | | |
|---|----------------------------------|-------|
| La causa queda aplazada hasta el (fecha y hora) | Firma (juez/secretario auxiliar) | Fecha |
|---|----------------------------------|-------|