**NOMBRE:**

**TELÉFONO:**

APPLICATIONS ***MUST*** BE SUBMITTED ***1 WEEK*** BEFORE ELIGIBILITY DATE

YOU ***MUST*** MEET THE FOLLOWING CRITERIA TO TRANSITION TO PHASE 2:

(PLACE AN ‘X’ IF YOU HAVE COMPLETED THESE)

**HA ESTADO EN LA FASE 1 DURANTE UN MÍNIMO DE 12 SEMANAS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE COMPLETÓ SU INGESTA EN BRANDYWINE** **ASESORAMIENTO:**

*¿EN QUÉ FECHA COMPLETÓ SU ADMISIÓN?*

**USTED HA PRESENTADO AL MENOS 4 SEMANAS DE PRUEBAS NEGATIVAS DE DROGAS EN ORINA MIENTRAS SE ENCUENTRA EN LA FASE 1** :

*¿CUÁL ES TU FECHA DE LIMPIEZA?* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (NO TIEMPO PERSONAL, TIEMPO DEL TRIBUNAL)

**ESTÁS HACIENDO PROGRESO EN EL TRATAMIENTO**

*FIRMA DEL CONSEJERO/ADMINISTRADOR DE CASO* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TIENES 30 DÍAS DE CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA** (TOTALMENTE LIBRE DE SANCIONES)

**USTED HA IDENTIFICADO SU SITIO DE SERVICIO COMUNITARIO** :

**SI TIENE UN VEHÍCULO MATRICULADO A SU NOMBRE LE HAN INSTALADO SU IID EN SU AUTO 30 DÍAS DESPUÉS DE LA ENTRADA** :

*¿CUÁL ES TU FECHA DE ENTRADA?*

**USTED TIENE SU DISPOSITIVO DE MONITOREO ELECTRÓNICO** – *FIRMA DE LIBERTAD CONDICIONAL:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IDENTIFIQUE 3 DE SUS MAYORES LUCHAS EN LA FASE 1** :

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IDENTIFIQUE 3 METAS PERSONALES QUE LE GUSTARÍA CUMPLIR DURANTE LA FASE 2** :

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CLIENTE  FECHA FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PROGRAMA PARA APROBAR FECHA