**NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DUI TREATMENT COURT**

**TRACK 1-PHASE 2**

***APPLICATION TO TRANSITION TO PHASE 3***

**SUBMISSION DATE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TELÉFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

YOU***MUST*** MEET THE FOLLOWING CRITERIA TO TRANSITION TO PHASE 3:

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

**HAS ESTADO EN LA FASE 2 UN MÍNIMO DE 8 SEMANAS** :

 *¿EN QUÉ FECHA PASÓ A LA FASE 2?* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**USTED HA PRESENTADO AL MENOS 6 SEMANAS DE PRUEBAS NEGATIVAS DE DROGAS EN ORINA MIENTRAS SE ENCUENTRA EN LA FASE 2** :

*¿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)

**HA COMPLETADO AL MENOS 60 HORAS DE SERVICIO COMUNITARIO**

*FIRMA DEL OFICIAL DE LIBERTAD CONDICIONAL: \_* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NO TIENE SALDO DEBIDO EN BRANDYWINE COUNSELING, SI TIENE UN SALDO QUE NO PUEDE PAGAR, HA ESTABLECIDO UN PLAN DE PAGO APROBADO- SALDO** *ACTUAL* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*FIRMA DEL REPRESENTANTE DE BRANDYWINE* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HA COMPLETADO 90 DÍAS MÍNIMO DE MONITOREO TAD**

**USTED HA IDENTIFICADO CUALQUIER COSTO QUE DEBE A OTROS PROGRAMAS DE DUI** a POR FAVOR PONGA LAS CANTIDADES QUE DEBE

\_\_\_\_\_\_DERP \_\_\_\_\_\_PUERTA ABIERTA \_\_\_\_\_\_ RITMO \_\_\_\_\_\_CONEXIONES \_\_\_\_\_\_OTROS

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

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

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

CLIENTE FECHA FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PROGRAMA PARA APROBAR FECHA