**TRIBUNAL DE TRATAMIENTO DE DUI (manejar bajo los efectos del alcohol, por sus siglas en inglés)**

**MONITOREO 3-FASE 4**

***SOLICITUD DE TRANSICIÓN A FASE 2***

**FECHA DE PRESENTACIÓN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

LAS APLICACIONES ***DEBEN*** SER ENVIADAS ***1 SEMANA*** ANTES DE LA FECHA DE ELEGIBILIDAD

USTED **DEBE** CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES CRITERIOS PARA PASAR A LA FASE 2:

(MARQUE CON UNA 'X' SI LA COMPLETÓ)

**HA COMPLETADO CON ÉXITO EL TRATAMIENTO COMO PACIENTE INTERNADO**

*¿DÓNDE COMPLETÓ EL TRATAMIENTO COMO PACIENTE INTERNADO Y EN QUÉ FECHAS ESTUVO INTERNADO?* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿CUÁNDO COMENZÓ CON LA IOP?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **HA ESTADO EN FASE 1 DURANTE UN MÍNIMO DE 12 SEMANAS DESDE LA FECHA EN QUE COMPLETÓ EL REGISTRO EN BRANDYWINE COUNSELING:**

*¿EN QUÉ FECHA COMPLETÓ EL REGISTRO?* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ESTÁ AVANZANDO EN EL TRATAMIENTO**

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

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

**HA IDENTIFICADO SU LUGAR DE SERVICIO COMUNITARIO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SI TIENE UN VEHÍCULO REGISTRADO A SU NOMBRE, YA TIENE INSTALADO EL IID EN SU COCHE 30 DÍAS DESPUÉS DEL INGRESO**: *¿CUÁL ES SU FECHA DE INGRESO? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

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

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

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

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

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

FIRMA DEL CLIENTE FECHA FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PROGRAMA PARA APROBAR FECHA