

Abogado/a de Defensa:

_____	_____	_____
	Nombre	Fecha
_____	_____	_____
Correo Electrónico	Número de Teléfono	Numero de FAX

Instrucciones:

El/La Abogado(a) de Defensa debe completar la Seccione A en su totalidad, luego la Fiscalía debe de completar la Seccione B. Este documento se debe de enviar a Tiffany Cadoree a tcadoree@valleyhealthlink.com. El/La Abogado(a) de Defensa debe descargar el Manual del Participante a roadtorecovery.info/drug-treatment-court/ y revisar con el cliente el Manual antes de mandar este documento a la Fiscalía.

Por Favor llama Tiffany Cadoree a (540)-303-3520 con cualquiera pregunta.

Manda este documento a Tiffany Cadoree a tcadoree@valleyhealthlink.com.

Seccion A (se complete por El/La Abogado(a) de Defensa)

Pregunta	Si	No	Comentario(s)
1) ¿El demandado es acusado de un delito grave relacionado con las drogas o un delito grave no violento motivado por el uso de drogas?			
2) ¿Es el demandado residente de la Ciudad de Winchester o el Condado de Frederick o el Condado de Clarke?			
3) ¿Es el demandado estadounidense o legalmente documentado?			
4) ¿Tiene el demandado 18 años o mayor o certificado como un adulto?			
5) Tiene cargos el demandado de violación de libertad condicional con 12 meses o más de tiempo suspendidos en riesgo?			
6) ¿Tiene el demandado cargos pendientes afuera de los cortes circuito de Winchester, Frederick, o Clarke? ¿En caso de que si, cuando se resolverán los cargos? (Por favor indica en el seccion de los comentarios).			
7) ¿Quiere el demandado participar en el programa de Tratamiento de Drogas?			
8) ¿Es el demandado un informe activo para la policía (excluyendo testimonio)?			
9) ¿El/La Abogado(a) de Defensa he revisado el Manual del Participante en su totalidad con el demandado y cree que el demandado entienda todos los requisitos del programa?			

Manda este documento a Tiffany Cadoree a tcadoree@valleyhealthlink.com.

NOTA: NINGUNA DECLARACIÓN, O NINGUNA INFORMACIÓN PROPORCIONADA, POR LO TANTO, REALIZADA POR EL/LA DEMANDADO(A) A CUALQUIER MIEMBRO DEL EQUIPO DE EVALUACIÓN DURANTE EL CURSO DE LA EVALUACIÓN, SERÁ ADMITIDA EN CUALQUIER ACCIÓN O PROCEDIMIENTO CONTRA EL/LA DEMANDADO(A).

Manda este documento a Tiffany Cadoree a tcadoree@valleyhealthlink.com.

Seccione B (se complete por El/La Fiscalía)

Pregunta	Si	No	Comentario(s)
1) ¿He sido el demandado convicto de un delito violento definido por el Código de Virginia §17.1- 805 o 19.2- 297.1 en los últimos 10 años?			
2) ¿Tiene cargos el demandado de delitos violentos definido por el Código de Virginia §17.1- 805 o 19.2- 297.1?			
3) ¿Estás de acuerdo que el demandado será evaluado para la participación del programa de Tratamiento de Drogas?			

Fiscalía:

Nombre

Fecha

Correo Electrónico

Manda este documento a Tiffany Cadoree a tcadoree@valleyhealthlink.com.

Seccione C (se completa por El/La Oficial de Libertad Condicional)

Pregunta	Si	No	Comentario(s)
1) ¿Tiene el demandado una puntuación de COMPAS que recomienda supervisión alta?			
2) ¿Tiene el demandado una puntuación de 6 o más por abuso de			

Oficial de Libertad Condicional: _____

Nombre

Fecha

Correo Electrónico

Seccion D (se completa por El/La Evaluador Clínico)

Pregunta	Si	No	Comentario(s)
1) ¿Después de la evaluación, tiene el demandado un diagnóstico de abuso de sustancia o dependencia de sustancia conforme con el DSM- V?			

Evaluador Clínico: _____

Nombre

Fecha

Correo Electrónico