



TRIBUNAL SUPERIOR DE NUEVA JERSEY
División Penal, Vecindad de _____

SUPERIOR COURT OF NEW JERSEY
Criminal Division _____ Vicinage

Solicitud para el Programa del Tribunal de Drogas
Application to the Drug Court Program

Fecha de la solicitud Date of Application		¿Necesita un arreglo por una discapacidad? En caso afirmativo, escriba su petición Do you need disability accommodations? If yes, please state request:		<input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No / No		¿Le hará falta un intérprete? En caso afirmativo, escriba el idioma Will an interpreter be needed? If yes, state language:		<input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No / No	
Nombre y apellido Name				Alias Alias					
Raza Race			Sexo Sex		Fecha de nacimiento Date of Birth		Nro. del seguro social Social Security Number		
Dirección actual (Calle) Current Address (Street)					Nro. de teléfono Telephone Number		Nro. del teléfono celular Cell Phone Number		
Ciudad City				Condado County		Estado State		Código postal Zip	
Tiempo en esta dirección How Long at this Address?			¿Es veterano de las fuerzas armadas? Armed Forces Veteran? <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No / No			Ciudadanía Citizenship Status			
Cohabitante Co-Habitant				Relación Relationship					
Dirección anterior Previous Address									
Pariente más próximo Next of Kin				Relación Relationship			Nro. de teléfono Telephone Number		
No.del SBI SBI Number		¿Tiene actualmente algo que ver con DCP&P? Currently involved with DCP&P? <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No / No			¿Está encarcelado actualmente? Presently Incarcerated? <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No / No		Su número en la cárcel Jail Number		
¿Está bajo libertad a prueba? On Probation? <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No / No		¿Está bajo libertad condicional? Parole? <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No / No		Nombre y apellido del oficial de libertad a prueba/libertad condicional Probation / Parole Officer's Name					
Cargos actuales / Current Charges									
Condado County			Nro. de la acusación formal Indictment Number				Nro. de PG PG Number		
Próximo procedimiento judicial Next court event				Fecha Date		Juez Judge			

¿Alguna vez le han sentenciado al tribunal de drogas? Have you ever been sentenced to drug court before?		<input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No / No	
En caso afirmativo, dé el nombre del tribunal If yes, name of court		¿Cuándo? When?	
¿Tiene algún asunto pendiente en algún otro tribunal? Do you have any matters pending in any other court?		<input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No / No	
En caso afirmativo, dé el nombre del tribunal If yes, name of court		Cargos Charges	
Próximo procedimiento judicial Next court event	Fecha Date	Juez Judge	
¿Órdenes de detención? Detainers? <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No / No	Jurisdicciones Jurisdictions		
Nombre del abogado defensor Defense Attorney Name		Nro. de teléfono Telephone Number	
Firma del abogado defensor Defense Attorney Signature		Fecha Date	Firma del solicitante Applicant Signature
		Fecha Date	Fecha Date

**Programa del Tribunal de Drogas para Adultos
Adult Drug Court Program**

Tribunal Superior de Nueva Jersey
Superior Court of New Jersey

Servicios de evaluación de tratamiento para los tribunales
Treatment Assessment Services for the Courts

**Autorización para dar a conocer registros
(Participación en el Tribunal de Drogas)
Records Release Authorization (Drug Court Involvement)**

El suscrito, _____, autoriza a
(Nombre y apellido del cliente)

I, _____, authorize
(Name of Client)

- Los servicios de evaluación de tratamiento para los tribunales/el evaluador de drogadicción
• Treatment Assessment Services for the Courts/Substance Abuse Evaluator

y / and

- El equipo del Tribunal de Drogas del Estado de Nueva Jersey (ha de incluir el juez, el abogado defensor, el fiscal, los oficiales de libertad a prueba del Tribunal de Drogas, los representantes del tratamiento y otros miembros del equipo del Tribunal de Drogas)
• the State of New Jersey Drug Court Team (to include the Judge, defense attorney, prosecutor, Drug Court probation officers, treatment representatives, and other Drug Court team members)

y / and

- Los proveedores del tratamiento (para agregar cuando se sepa cuáles son)
• Treatment Provider/s (to be added once known):

(Nombre y dirección del programa de tratamiento)
(Name and address of treatment program)

(Fecha de la modificación)
(Date Amended)

(Iniciales del cliente)
(Client's initials)

(Iniciales del Testigo)
(Witness's Initials)

(Nombre y dirección del programa de tratamiento)
(Name and address of treatment program)

(Fecha de la modificación)
(Date Amended)

(Iniciales del cliente)
(Client's initials)

(Iniciales del Testigo)
(Witness's Initials)

Para que se comuniquen y revelen unos a otros la siguiente información: resultados de la evaluación TASC sobre drogadicción, participación y exigencias del mandato del Tribunal de Drogas/Tribunal Superior, información pertinente médica, psicológica o ambas, resultados de los exámenes y pruebas sobre el uso de alcohol y drogas, los resultados de otras pruebas diagnósticas, y

To communicate and to disclose to one another the following information: results of substance abuse (TASC) evaluation, involvement and requirements of the Drug Court/Superior Court mandate, pertinent medical and/or psychological information, drug/alcohol screen/test results, other diagnostic test results, and

(el alcance y la naturaleza de cualquier información adicional)
(Extent and Nature of Any Additional Information)

El propósito o la necesidad de la divulgación es **para verificar mi cumplimiento con las condiciones del mandato del Tribunal de Drogas/Tribunal Superior.**

The purpose or need for the disclosure is **to monitor my compliance with conditions of the Drug Court/Superior Court mandate.**

Entiendo que este **consentimiento no se puede revocar**, sino que permanecerá vigente hasta que haya tenido lugar una **terminación** formal y eficaz de mi participación en el **Programa del Tribunal de Drogas.**

I understand that this **consent cannot be revoked**, but will remain in effect until there has been a formal and effective **termination** of my involvement with the **Drug Court Program.**

Firma del cliente _____ Fecha _____
Signature of Client Date

Firma del testigo _____ Fecha _____
Signature of Witness Date

Se le ha divulgado esta información proveniente de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR – Parte 2). Las reglas federales le prohíben que haga alguna divulgación adicional de esta información, a menos que la divulgación adicional esté permitida expresamente por el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece la información o sea permitida de otra forma por 42 CFR-Parte 2. Una autorización general para dar a conocer información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar criminalmente o enjuiciar a cualquier paciente con adicción al alcohol o a drogas.

This information has been disclosed to you from records protected by Federal confidentiality rules (42 CFR- Part 2). The Federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR-Part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.