



Superior Court of New Jersey
Tribunal Superior de Nueva Jersey

Office of Probation Services _____ Vicinage
Oficina de Servicios de Libertad a Prueba Vecindad de _____

Application to the Recovery Court Program
Solicitud para el Programa del Tribunal de Recuperación

Las demandas, pedimentos y demás papeles presentados al tribunal deben estar en inglés.
Complaints, motions and other papers submitted to the court should be in English.

Date of Application/Fecha de la solicitud _____

Do you need disability accommodations? If yes, please state request: Yes/Sí No/No
¿Necesita un arreglo por una discapacidad? En caso afirmativo, escriba su petición:

Will an interpreter be needed? If yes, state language: Yes/Sí No/No
¿Le hará falta un intérprete? En caso afirmativo, escriba el idioma:

Name
Nombre y apellido

Alias
Alias

Race
Raza

Sex
Sexo

Date of Birth
Fecha de nacimiento

Social Security Number
Nro. del seguro social

Current Address (Street)
Dirección actual (Calle)

City
Ciudad

County
Condado

State
Estado

Zip
Código postal

How long at this address?
Tiempo en esta dirección?

Telephone Number
Nro. de teléfono

Cell Phone Number
Nro. del teléfono celular

Armed Forces Veteran?
¿Es veterano de las fuerzas armadas?
 Yes/Sí No/No

Co-Habitant
Cohabitante

Relationship
Relación

Previous Address
Dirección anterior

Next of Kin
Pariente más próximo

Relationship
Relación

Telephone Number
Nro. de teléfono

SBI Number No.del SBI		Currently involved with DCP&P? ¿Tiene actualmente algo que ver con DCCP? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No/No	
Presently Incarcerated? ¿Está encarcelado actualmente? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No/No		Jail Number Su número en la cárcel	
On Probation? ¿Está bajo libertad a prueba? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No/No		Parole? ¿Está bajo libertad condicional? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No/No	
Probation/Parole Officer's Name Nombre y apellido del oficial de libertad a prueba/libertad condicional			
Current Charges Cargos actuales			
County Condado	Indictment Number Nro. de la acusación formal		PG Number Nro. de PG
Next court event Próximo procedimiento judicial	Date Fecha	Judge Juez	
Have you ever been sentenced to recovery court before? ¿Alguna vez le han sentenciado al tribunal de recuperación? If yes, name of court En caso afirmativo, dé el nombre del tribunal		<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No/No When? ¿Cuándo?	
Do you have any matters pending in any other court? ¿Tiene algún asunto pendiente en algún otro tribunal? If yes, name of court En caso afirmativo, dé el nombre del tribunal		<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No/No Charges ¿Cargos?	
Next court event Próximo procedimiento judicial	Date Fecha	Judge Juez	
Detainers? ¿Órdenes de detención? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No/No	Jurisdictions Jurisdicciones		

Defense Attorney Name Nombre del abogado defensor	Telephone Number Nro. de teléfono
_____ Defense Attorney Signature/Firma del abogado defensor	_____ Date/Fecha
_____ Applicant Signature/Firma del solicitante	_____ Date/Fecha

Recovery Court Program
Superior Court of New Jersey
Treatment Assessment Services for the Courts
Programa del Tribunal de Recuperación
Tribunal Superior de Nueva Jersey
Servicios de evaluación de tratamiento para los tribunales

Records Release Authorization - (Recovery Court Involvement)
Autorización para dar a conocer registros (Participación en el Tribunal de Recuperación)

I, _____, authorize
(Name of Client)

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

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

and/y

- the State of New Jersey Recovery Court Team (to include the judge, defense attorney, prosecutor, recovery probation officers, treatment representatives, and other recovery team members)

El equipo del Tribunal de Recuperación del Estado de Nueva Jersey (ha de incluir el juez, el abogado defensor, el fiscal, los oficiales de libertad a prueba del Tribunal de Recuperación, los representantes del tratamiento y otros miembros del equipo del Tribunal de Recuperación)

and/y

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

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

(Date Amended)
(Fecha de la modificación)

(Client's initials)
(Iniciales del cliente)

(Witness' Initials)
(Iniciales del Testigo)

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

(Date Amended)
(Fecha de la modificación)

(Client's initials)
(Iniciales del cliente)

(Witness' Initials)
(Iniciales del Testigo)

To communicate and to disclose to one another the following information: results of substance abuse (TASC) evaluation, involvement and requirements of the Recovery Court/Superior Court

mandate, pertinent medical and/or psychological information, drug/alcohol screen/test results, other diagnostic test results, and

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 Recuperación/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

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

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

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

For non-criminal matters (Juvenile and Family) this consent is subject to revocation at any time except to the extent that action has been taken in reliance thereon and will otherwise expire on

Para los asuntos no penales (Menores y Familia), este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, salvo hasta el grado en que la acción se haya tomado basándose en el mismo y vencerá de otro modo el:

(Date, Event, Condition or N/A)
(Fecha, evento, condición o no corresponde)

For adult criminal cases this **consent cannot be revoked** but will remain in effect until there has been a formal and effective **termination** of my involvement with the **Recovery Court Program**.

Para los casos penales de adultos, este **consentimiento no puede ser revocado**, sino que permanecerá vigente hasta que haya una **terminación** formal y efectiva de mi participación en el **Programa del Tribunal de Recuperación**.

Signature of Client _____ Date _____
Firma del cliente _____ Fecha _____

Witness Name _____
Nombre y apellido del testigo _____

Signature _____ Date _____
Firma del testigo _____ Fecha _____

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 information in this record that identifies a patient as having or having had a substance use disorder either directly, by reference to publicly available information, or through verification

of such identification by another person unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of individual whose information is being disclosed 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 (see § 2.31). The Federal rules restrict any use of the information to investigate or prosecute with regard to a crime any patient with a substance use disorder, except as provided at §§ 2.12(c)(5) and 2.65.

Se le ha divulgado esta información que proviene de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR – Parte 2). El reglamento federal le prohíbe que usted haga alguna divulgación adicional de información en este registro que identifique a un paciente como que tenga o haya tenido un trastorno por el uso de sustancias, bien sea directamente o mediante una referencia a información disponible al público o a través de una verificación de tal identificación por otra persona, a menos que la divulgación adicional sea permitida expresamente por el consentimiento por escrito de la persona cuya información está siendo divulgada o como de otro modo sea permitida por 42 CFR-Parte 2. Una autorización general para dar a conocer información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. (*Véase* § 2.31). El reglamento federal restringe cualquier uso de la información para investigar o procesar criminalmente a cualquier paciente que tenga un trastorno por el uso de sustancias, excepto como está dispuesto en §§ 2.12(c)(5) and 2.65.