

# 佛蒙特州違規駕駛員康復計劃 評估資訊

2024年3月

客戶資訊					
名字：		中間名首字母：		姓氏：	
出生日期：		電話：		VT PID：	
地址：			電子郵件地址：		
教育程度：		就業狀況：			

犯罪類型	犯罪日期	犯罪 BAC

我簽署此表格，即表示，我證明我提供的所有資訊皆屬實。

我瞭解，我必須在此評估日期後的五（5）年內完成全部 IDRP，否則我將被要求重新啟動該計劃，包括支付所有適用的費用。

客戶簽名：		日期：	
-------	--	-----	--

評估資訊（由 IDRP 評估員填寫）					
評估地點：			評估日期：		
DAST 分數：		稽核分數：		罪犯類型：	
最後一次使用（大約）：	酒精：		藥物：		

評估員評論：

--

物質使用史（酒精、大麻、非法物質）：

--

當前物質使用（酒精、大麻、非法物質）：

--

Traditional Chinese

家族史：

其他意見、關注領域、評估員建議：

是否需要治療？      是                      否

評估員對 IDRP 治療提供者的期望（即：要解決的目標/行為）：

是否需要結束面談？      是                      否

我簽署此表格，即表示，我證明此處提供的所有資訊皆為屬實。

IDRP 評估員簽名：		日期：	
許可證編號：			
主管姓名和許可證編號 (如適用)：			

Traditional Chinese

# Vermont Impaired Driver Rehabilitation Program

## Evaluation Information

March 2024

Client Information					
First Name:		Middle Initial:		Last Name:	
Date of Birth:		Phone:		VT PID:	
Address:			Email Address:		
Education Level:			Employment:		

Type of Offense	Date of Offense	Offense BAC

*By signing this form, I attest all the information I provided is true to the best of my knowledge. I understand I must complete the IDRP in its entirety within five (5) years from this Evaluation date, or I will be required to restart the Program, including payment of all applicable fees.*

Client Signature:		Date:	
-------------------	--	-------	--

Evaluation Information (To be completed by IDRP Evaluator)					
Location of Evaluation:				Date of Evaluation:	
DAST Score:		AUDIT Score:		Offender Type:	
Last use (approximate):	Alcohol:			Drugs:	

Evaluator Comments:

--

History of Substance Use (alcohol, cannabis, illicit substances):

--

Current Substance Use (alcohol, cannabis, illicit substances):

--

English

Family History:

Additional comments, areas of concern, Evaluator recommendations:

Treatment Required?      Yes                  No

Evaluator expectations for IDRPs treatment provider (i.e. goals/behaviors to address):

Exit interview required?      Yes                  No

*By signing this form, I attest all the information provided here is true to the best of my knowledge.*

IDRP Evaluator Signature:		Date:	
License #:			
Supervisor Name & License # (if applicable):			

English