

د ورمونت د الکول، مخدره توکو تر اغیز لاندې د موټر چلوونکو د بیارغونې پروگرام (Vermont Impaired Driver Rehabilitation Program)

مارچ 2024

د پیروونکي معلومات			
لومړی نوم:	منځنی نوم اول توری:	تخلص:	
د زېږېدنې نېټه:	تلیفون:	VT PID:	
پته:	د بریښنالیک پته:		
د زده کړې کچه:	شغل یعنی دنده:		

د جرم ډول	د جرم نېټه	د جرم اړوند په وینه کې د الکول اندازه (BAC)

د دې فورمې په لاسلیک کولو سره، زه تصدیق کوم چې ټول هغه معلومات چې ما چمتو کړي زما د پوهې سره سم ریښتیني دي. زه پوهېږم چې زه باید د دې ارزونې نېټې څخه په پنځو (5) کلونو کې په بشپړ ډول IDRP بشپړ کړم، یا زه باید پروگرام، د ټولو فیسونو د تادیې پشمول، بیا پیل کړم.

د پیروونکي لاسلیک:	نېټه:
--------------------	-------

د ارزونې معلومات (د IDRP ارزونکي لخوا به بشپړ شي)			
د ارزونې ځای:	د ارزونې نېټه:		
د DAST نمرې	د پلټنې نمرې:	د مجرم ډول:	
یعني اندازه:		نشه يي توکي:	
وروستني کارول (اتکل شوي):	الکول:		

د ارزونکي نظرونه:

--

د موادو کارولو سوابق (الکول، بنگ، غیرقانونی مواد):

--

اوسني وخت کې د موادو کارول (الکول، بنگ، غیرقانونی مواد):

--

د کورنۍ سوابق:

--

اضافي تبصرې، د اندېښنې وړ برخې، د ارزونکي وړاندیزونه:

درملني ته اړتيا شته؟ هو نه
 د IDRP درملني چمتو کونکي لپاره د ارزونکي تمې (يعني هغه اهداف/چلندونه چې بايد ورته پاملرنه وشي):

د وتلو مرکي ته اړتيا شته؟ هو نه

د دې فورمي په لاسليک کولو سره، زه تصدیق کوم چې دلته چمتو شوي ټول معلومات زما د پوهې سره سم ريښتيني دي.

	نيټه:	د IDRP ارزونکي لاسليک:
		ليسانس #:
		د نظارت کونکي نوم او لايسنس # (که چېرې د پلي کېدو وړ وي):

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):

Family History:

Additional comments, areas of concern, Evaluator recommendations:

Treatment Required? Yes No

Evaluator expectations for IDRP 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):			