

Chương Trình Phục Hồi Chức Năng Lái Xe Bị Suy Giảm Vermont

Tháng 03/2024

Thông Tin Khách Hàng					
Tên:		Tên Đệm Viết Tắt:		Họ:	
Ngày Sinh:		Điện Thoại:		VT PID:	
Địa Chỉ:		Địa Chỉ email:			
Trình Độ Học Vấn:		Tình Trạng Việc Làm:			

Lỗi Vi Phạm	Ngày Vi Phạm	BAC Vi Phạm

Bằng việc ký vào biểu mẫu này, tôi xác nhận tất cả thông tin tôi cung cấp là đúng theo hiểu biết của tôi. Tôi hiểu rằng mình phải hoàn thành toàn bộ IDRP trong vòng năm (5) năm kể từ Ngày Đánh Giá này, nếu không tôi sẽ phải bắt đầu lại Chương Trình, bao gồm cả việc thanh toán tất cả các khoản phí hiện hành.

Chữ Ký Khách Hàng:		Ngày:	
--------------------	--	-------	--

Thông Tin Đánh Giá (do Chuyên Gia Đánh Giá IDRP hoàn thành)			
Địa Điểm Đánh Giá:		Ngày Đánh Giá:	
Điểm DAST:		Điểm AUDIT:	
Lần sử dụng cuối cùng (xấp xỉ):	Rượu bia:	Loại tội phạm:	Chất gây nghiện:

Nhận Xét của Chuyên Gia Đánh Giá:

--

Lịch Sử Sử Dụng Chất Kích Thích (rượu bia, cần sa, các chất bất hợp pháp):

--

Tình Trạng Sử Dụng Chất Kích Thích Hiện Tại (rượu bia, cần sa, các chất bất hợp pháp):

--

Vietnamese

Tiền Sử Gia Đình:

--

Nhận xét bổ sung, lĩnh vực quan tâm, khuyến nghị của Chuyên Gia Đánh Giá:

--

Có Cần Điều Trị Không? Có Không

Kỳ vọng của Chuyên Gia Đánh Giá đối với nhà cung cấp dịch vụ điều trị IDRP (tức là các mục tiêu/hành vi cần giải quyết):

--

Có cần phỏng vấn kết thúc không? Có Không

Bằng việc ký vào biểu mẫu này, tôi xác nhận tất cả thông tin tôi cung cấp là đúng theo hiểu biết của tôi.

Chữ Ký Chuyên Gia Đánh Giá IDRP:		Ngày:	
Giấy Phép số:			
Tên & số Giấy Phép của Người Giám Sát (nếu có):			

Vietnamese

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 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):			

English