Programme de réhabilitation des conducteurs aux facultés affaiblies Exigences de traitement pour le rétablissement du permis de conduire

Mars 2024

| O | Exigences de | traitement pour la | Première Infraction |
|---|--------------|--------------------|----------------------------|
|---|--------------|--------------------|----------------------------|

- Terminez le traitement avec un clinicien agréé (un licencié en travail social clinique (Licensed Independent Clinical Social Worker(LICSW)), un conseiller en santé mentale clinique Agréé (Licensed Clinical Mental Health Counselor(LCMHC)), un conseiller en toxicomanie Agréé (Licensed Alcohol and Drug Counselor (LADC)), un thérapeute familial et conjugal agréé (Licensed Marriage and Family Therapist (LMFT)), psychologue agréé) ou un clinicien titulaire d'une maîtrise qui poursuit activement à être agréé.
- Le traitement doit durer **au moins 4 heures, sur une période minimale de 4 semaines**. Selon les besoins du traitement, la durée du traitement peut être supérieure à la durée minimale.

| Durée requise du traitement en heures : | |
|---|--|
| Durée requise du traitement en semaines : | |

Exigences de traitement pour récidiviste

- Terminez le traitement avec un clinicien agréé (un licencié en travail social clinique (Licensed Independent Clinical Social Worker(LICSW)), un conseiller en santé mentale clinique Agréé (Licensed Clinical Mental Health Counselor(LCMHC)), un conseiller en toxicomanie Agréé (Licensed Alcohol and Drug Counselor (LADC)), un thérapeute familial et conjugal agréé (Licensed Marriage and Family Therapist (LMFT)), psychologue agréé) ou un clinicien titulaire d'une maîtrise qui poursuit activement à être agréé.
- Le traitement doit durer **au moins 20 heures, sur une période minimale de 24 semaines**. Selon les besoins du traitement, la durée du traitement peut être supérieure à la durée minimale.
- Si l'infraction a été commise après le 1er juillet 2016, un éthylotest antidémarrage est requis. Contactez le DMV pour plus d'informations : 802-828-2061.

| Durée requise du traitement en heures : | |
|---|--|
| Durée requise du traitement en semaines : | |

Suspension à perpétuité - Exigences en matière d'abstinence totale

- Terminez le traitement avec un clinicien agréé (un licencié en travail social clinique (Licensed Independent Clinical Social Worker(LICSW)), un conseiller en santé mentale clinique Agréé (Licensed Clinical Mental Health Counselor(LCMHC)), un conseiller en toxicomanie Agréé (Licensed Alcohol and Drug Counselor (LADC)), un thérapeute familial et conjugal agréé (Licensed Marriage and Family Therapist (LMFT)), psychologue agréé) ou un clinicien titulaire d'une maîtrise qui poursuit activement à être agréé.
- Le traitement doit durer **au moins 20 heures, sur une période minimale de 24 semaines**. Selon les besoins du traitement, la durée du traitement peut être supérieure à la durée minimale.
- Un éthylotest anti-démarrage doit être installé pendant au moins 3 ans. Contactez le DMV pour plus d'informations : 802-828-2061.

| Duree requise | du traitement en neures : | |
|---------------|-----------------------------|---|
| Durée requise | du traitement en semaines : | _ |

Téléphone: 802-651-1574 · Fax: 866-272-7989

Email: AHS.VDHIDRP@vermont.gov

Pour plus d'informations, consultez HealthVermont.gov/IDRP



Informations importantes

- Le traitement n'est considéré comme complet que lorsqu'il a été approuvé par le conseiller et, si nécessaire, l'évaluateur de l'IDRP. L'évolution peuvent être mesurée par l'utilisation de tests de dépistage de drogue dans l'urine et/ou d'autres méthodes demandées par l'évaluateur de l'IDRP et/ou le conseiller.
- Le traitement en établissement ou en résidentiel peut être pris en compte pour les exigences de traitement de l'IDRP. Les participants doivent être libérés normalement (ils ne doivent pas partir contre avis médical ni faire l'objet d'une libération administrative) de l'établissement en résidentiel ou en hospitalisation avec un plan de suivi. Dans ces cas, l'IDRP doit recevoir le résumé de sortie et le plan de suivi de l'établissement de traitement en hospitalisation ou en résidentiel, ainsi que le Formulaire d'information sur le traitement dûment rempli par le conseiller fournissant le traitement après l'hospitalisation ou le séjour résidentiel.
- Si un entretien de sortie est nécessaire, vous devez le programmer avec l'Évaluateur de l'IDRP. Le formulaire d'Information sur le traitement doit être envoyé au Bureau central de l'IDRP dans les 60 jours suivant la dernière session de traitement. Si une entrevue de sortie n'est pas nécessaire, le conseiller doit envoyer le <u>Formulaire</u> <u>d'information sur le traitement</u> dûment rempli au Bureau central de l'IDRP.

| 0 | Entrevue de Sortie | est | n'est pas | s requise |
|---|--------------------|-----|-----------|-----------|
| | | | | |

- Une fois que vous avez terminé l'IDRP, le Vermont DMV est informé de votre réussite dans les 10 jours ouvrable. Le DMV traite généralement les réinstaurations dans un délai de 3 jours ouvrables. Le Bureau central de l'IDRP n'a pas d'influence sur le délai de traitement du DMV. Les questions concernant le rétablissement du permis de conduire doivent être adressées au DMV.
- L'IDRP doit être achevé dans les cinq (5) ans qui suivent le début du programme, à peine de le reprendre complètement et d'en payer une nouvelle fois les frais.
- Vous pouvez faire appel de la décision de l'Évaluateur de l'IDRP et/ou du Clinicien de l'IDRP via fax (1-866-272-7989), email (<u>AHS.VDHIDRP@vermont.gov</u>), ou courrier (IDRP, 280 State Drive NOB 2 North, Waterbury VT 05671-8340) ou demander une révision de la décision auprès de la Cour supérieure conformément à la Règle 75 des Règles de procédure sivile du Vermont.

Vérification du Participant

| Nom du Participant | Date | Signature de l'Évaluateur IDRP | Date |
|--------------------|-------------------|--------------------------------------|----------|
| On m'a propo | sé une liste de c | onseillers de l'IDRP et j'ai refusé. | |
| On m'a remis | une liste de cons | seillers de l'IDRP. | |
| Les informati | ons ci-dessus m | ont ete piemement expliquees. | |

Téléphone 802-651-1574 · Fax 866-272-7989 Courriel : AHS.VDHIDRP@vermont.gov

oution And Abrilla Cromona.

VERMONT DEPARTMENT OF HEALTH

Impaired Driver Rehabilitation Program Treatment Requirements for License Reinstatement

March 2024

| 0 | First Offense Treatment Requirements | | |
|---|---|--|--|
| | Complete treatment with a licensed clinician (LICSW, LCMHC, LADC, LMFT, licensed psychologist), or a clinician with a master's degree who is actively pursuing licensure. Treatment must consist of a minimum of 4 hours, over a minimum period of 4 weeks Depending upon treatment needs, the treatment requirements may be longer than the minimum. | | |
| | Treatment Hours Required: Number of weeks required: | | |
| 0 | Multiple Offense Treatment Requirements | | |
| | Complete treatment with a licensed clinician (LICSW, LCMHC, LADC, LMFT, licensed psychologist), or a clinician with a master's degree who is actively pursuing licensure. Treatment must consist of a minimum of 20 hours, over a minimum period of 24 weeks. Depending upon treatment needs, the treatment requirements may be longer than the minimum. If the offense occurred after July 1 2016, an ignition interlock device is required. Contact the DMV for more information: 802-828-2061. | | |
| | Treatment Hours Required: Number of weeks required: | | |
| 0 | Life Suspension—Total Abstinence Requirements | | |
| | Complete treatment with a licensed clinician (LICSW, LCMHC, LADC, LMFT, licensed psychologist), or a clinician with a master's degree who is actively pursuing licensure. Treatment must consist of a minimum of 20 hours, over a minimum period of 24 weeks. Depending upon treatment needs, the treatment requirements may be longer than the minimum. An ignition interlock device is required for at least 3 years. Contact the DMV for more information: 802-828-2061. | | |
| | Treatment Hours Required: Number of weeks required: | | |



Important Information

- Treatment will not be considered complete until it has been approved by the counselor and, if required, the IDRP Evaluator. Progress may be measured through use of urine drug screens and/or other methods as requested by the IDRP Evaluator and/or counselor.
- Inpatient or residential treatment can be applied towards IDRP treatment requirements. Participants must be successfully discharged (did not leave against medical advice or was administratively discharged) from the inpatient or residential facility with an aftercare plan. In these instances, IDRP must receive the discharge summary and aftercare plan from the inpatient or residential treatment provider(s) as well as the Treatment Information Form completed by the counselor providing treatment after inpatient or residential.

| • | If an exit interview is required, you must schedule it with the IDRP Evaluator. The |
|---|---|
| | Treatment Information Form must be sent to IDRP Central Office within 60 days of |
| | the final treatment session. If an exit interview is not required, the counselor must |
| | send the completed <u>Treatment Information Form</u> to the IDRP Central Office. |
| | |

| 0 | Exit Interview | is | is not red | uired. |
|---|----------------|----|------------|--------|
| | | | | |

- Once you have completed IDRP, Vermont DMV will be notified of your completion within 10 business days. DMV typically processes reinstatements within 3 business days. IDRP Central Office does not have influence over DMV processing time. Questions about license reinstatement should be directed to the DMV.
- IDRP must be completed within five (5) years of starting or you will be required to start over and pay all fees again.
- You may appeal the decision of the IDRP Evaluator and/or IDRP Clinician via fax (1-866-272-7989), email (<u>AHS.VDHIDRP@vermont.gov</u>), or mail (IDRP, 280 State Drive NOB 2 North, Waterbury VT 05671-8340) or seek review of the decision in Superior Court pursuant to Rule75 of the Vermont Rules of Civil Procedure.

Participant Verification

| Participant Signature | Date | IDRP Evaluator Signature | Date | | |
|---|--------------------|---------------------------|------|--|--|
| | | | | | |
| I have been offered a list of IDRP counselors and have declined it. | | | | | |
| I have been g | iven a list of IDR | P counselors. | | | |
| The above into | ormation has be | en fully explained to me. | | | |

