



El formulario debe estar completo y legible o será devuelto. Este documento es necesario para completar la Solicitud de Tratamiento.

Interstate Compact Unit
 940 N Broadway
 Denver, CO 80203
 303.763.2408
 DOC_interstatetreatment@state.co.us

Cuestionario Del Cliente

El siguiente cuestionario debe ser completado por todos los clientes adultos que deseen ser admitidos en este programa para necesidades de tratamiento específicas según lo exige la ley de Colorado. Negarse a cooperar o no proporcionar información completa o información precisa, incluida la falta de firma de una autorización de divulgación de información a la justicia penal remitente agencia, puede resultar en una denegación de asistencia al programa de tratamiento por parte del Administrador del Pacto Interestatal bajo la autoridad de C.R.S 17-27.1-101.

Nombre De Cliente: _____

DOB: ____/____/____ Lugar De Nacimiento: _____ SSN ----- _____

Firma: _____ Fecha: _____

1. ¿ Está usted o estará bajo la supervisión de un oficial de libertad condicional o libertad condicional en Colorado? SI or NO

2. Sólo para infractores de DUI: ¿Está buscando educación o tratamiento por el único propósito de restaurar sus privilegios de conducir como resultado de un consumo de alcohol o drogas ¿Delito de conducción relacionado en otro estado, pero no tiene una orden judicial para hacerlo? SI or NO

3. ¿Tiene condiciones de tratamiento ordenadas por el tribunal como parte de una alternativa? ¿ Sentencia fuera del estado de Colorado? YES or NO

4. ¿Está usted bajo libertad condicional o supervisión de libertad condicional en alguna otra estadística? YES or NO

En caso afirmativo a las preguntas 3 o 4 anteriores, responda las siguientes preguntas (5-7) y complete el Formulario A, el Formulario B, una divulgación de información y proporcione cualquier orden judicial o de desvío. Envíe todos los formularios y la documentación a su proveedor de tratamiento previsto. Además, es posible que también deba presentarse ante una agencia policial para tomarle las huellas dactilares y fotografiarlo.

5. ¿En qué estado se cometió el delito? _____

6. ¿A quién se reporta para tratamiento? _____
 (Ejemplo: tribunal, juez, funcionario de libertad condicional, etc.)

7. Nombre, dirección y número de teléfono de su _____

Oficial de libertad condicional, Oficial de libertad condicional, Juez, _____
o oficial de desvío que supervisa su _____
caso/supervisión _____

Formulario C

