

REQUERIMENTO DO PROGRAMA ALTERNATIVO SUPERVISIONADO

JD-CR-154PT Rev. 10-21
C.G.S. §§ 54-56e (c), 54-56f; P.A. 21-79 § 1

ESTADO DE CONNECTICUT
JUÍZO DE PRIMEIRA INSTÂNCIA
PODER JUDICIÁRIO
www.jud.ct.gov



Instruções ao Réu:

1. Preencher os campos do Requerimento e Situação Militar e assinar o formulário.
2. Entregar o original ao escrivão do fórum.
3. Enviar uma via para o advogado da acusação (o Promotor de Justiça) responsável pela causa.
4. Guardar uma via para seus registros.

Aviso ao Escrivão: O expediente deve correr em segredo de justiça como previsto nos Estatutos Gerais § 54-56(c).

COMUNICADO SOBRE A ADA

O Poder Judiciário do Estado de Connecticut cumpre com a Lei para Americanos com Deficiências (ADA - sigla em inglês). Se necessitar de adaptações razoáveis em cumprimento com a ADA, entre em contato com um funcionário da secretaria do fórum ou uma pessoa de contato da ADA relacionada na página da web www.jud.ct.gov/ADA.

AO: Juízo de Primeira Instância do Estado de Connecticut

Número da Área Geográfica / Comarca	Endereço do fórum	Número do processo
Nome do réu	Endereço (Número, rua, complemento, município e código postal)	
Pseudônimo/Sobrenome de solteiro	Telefone	Número do caso no CMJS
Crime(s) imputado(s)	E-mail	

Requerimento

Respondo pelo(s) crime(s) acima mencionado(s), o(s) qual(ais) é(são) infração(ões) penal(ais) ou infração(ões) de trânsito que embora não seja(m) de natureza grave, é(são) puníveis com pena de prisão. (Assinalar as opções apropriadas)

- Sou pessoa com deficiência psíquica e minha condição mental ou emocional não é ocasionada apenas por abuso de substâncias. Minha condição mental ou emocional é altamente prejudicial a (interfere significativamente com) meu desempenho de atividades se não for tratada ou cuidada.
- Sou militar reformado conforme o previsto pelos Estatutos Gerais § 27-103 e sou pessoa com uma condição de saúde psicológica tratável (passível de tratamento).

Venho requerer o Programa Alternativo Supervisionado. Se o requerimento e benefício forem deferidos concordo:

1. Em dar à promotoria mais tempo para me processar (a suspensão de qualquer prazo de prescrição e renunciar ao direito a um julgamento célere) pelo(s) crime(s) acima mencionado(s) se eu não completar o Programa Alternativo Supervisionado com êxito.
2. Com qual(ais)quer condição(ões) que venha(m) a ser imposta(s) pela Divisão de Apoio e Serviços Forenses (CSSD - sigla em inglês) sobre a minha participação do Programa Alternativo Supervisionado. Tais condições podem incluir participação em reuniões, tratamento ou sessões deste Benefício.

Também estou ciente de que minha participação do Programa Alternativo Supervisionado não será cabível caso:

1. Eu não preencha os requisitos para o Programa de Reabilitação Acelerada previsto pelos Estatutos Gerais § 54-56e (c), devido a minha elegibilidade ao Programa Educacional Contra a Violência Doméstica previsto pelos Estatutos Gerais §46b-38c e o juiz determine, com base nas circunstâncias da causa, que minha participação no Programa Alternativo Supervisionado me beneficiaria mais do que participar do Programa Educacional Contra a Violência Doméstica.
2. Eu tenha sido beneficiário do Programa Alternativo Supervisionado em duas ocasiões anteriores.

Também estou ciente de que:

1. O juízo notificará (informará) quaisquer vítimas do(s) crime(s) acima mencionados do meu requerimento do Programa Alternativo Supervisionado para que tenham a oportunidade de se expressarem a respeito da concessão deste Benefício.
2. A CSSD confirmará a minha elegibilidade para este benefício, fará uma avaliação de minha condição de saúde psicológica e determinará a disponibilidade de supervisão, tratamento e serviços adequados a mim. Então, fará um plano de tratamento e apresentará ao juiz.
3. Se o requerimento for deferido e se eu me beneficiar do Programa Alternativo Supervisionado, o juiz me encaminhará à CSSD. Quando apropriado, a CSSD poderá colaborar com o Departamento de Saúde Mental e Serviços de Combate ao Vício, o Departamento de Assuntos de Veteranos de Guerra de Connecticut ou o Departamento de Assuntos de Veteranos de Guerra dos Estados Unidos a fim de me fornecerem a supervisão, tratamento e serviços adequados. Ficarei sob vigilância de um supervisor do sursis, que tenha maior disponibilidade e que seja qualificado especialmente para trabalhar com pessoas com deficiências psíquicas.
4. Mesmo que a(s) acusação(ões) acima mencionada(s) seja(m) extinta(s) ao completar o Benefício com êxito, meus dados e o motivo da minha participação no Programa Alternativo Supervisionado estarão disponíveis às autoridades policiais estaduais e municipais por um prazo de cinco anos após a concessão do Benefício.
5. É possível que o juiz seja informado dos detalhes da minha condição mental ou emocional ou abuso de substância e tais informações poderão fazer parte do expediente.

Autorizo a CSSD a obter informações sobre qualquer participação minha anterior no Programa Alternativo Supervisionado e sobre a minha elegibilidade ao Programa de Reabilitação Acelerada.

Continuação na próxima página...

Situação Militar

Você já serviu nas Forças Armadas dos EUA, incluindo a Guarda Nacional de Connecticut? Não Sim, (caso tenha assinalado "Sim", especificar):

Sou membro da ativa das forças armadas.

Recebi baixa ou dispensa da ativa do serviço militar de modo honroso ou de modo não desonroso.

Recebi baixa da ativa do serviço militar de modo não honroso: (Especificar)

Recebi baixa de modo não honroso. Porém, um profissional de saúde do VA Federal ou o Conselho de Revisão de Verificação de Elegibilidade do Departamento de Assuntos de Veteranos de Guerra constatarem minha elegibilidade para os benefícios de Veteranos de Guerra do Estado de CT previstos pelos Estatutos Gerais § 27-103.

Recebi baixa de modo não honroso e um profissional de saúde do VA Federal ou o Conselho de Revisão de Verificação de Elegibilidade do Departamento de Assuntos de Veteranos de Guerra não constatarem minha elegibilidade para os benefícios de Veteranos de Guerra do Estado de CT.

Recebi baixa de modo desonroso ou por má conduta.

Ao assinar este formulário, eu declaro que entendo todas as informações nele contidas e solicito que me seja concedido o Programa Alternativo Supervisionado previsto pelos Estatutos Gerais § 54-56I.

<i>Eu li e compreendo as informações acima.</i>	Assinatura (Réu)	Data da assinatura	Com o consentimento de (Genitor ou Responsável Legal)
Assinado (Pessoa devidamente autorizada)	Nome em letra de forma	Data da assinatura	

Juramento

O réu declara, sob pena de falso testemunho e perante a mim, pessoa devidamente designada pelo escrivão e autorizada a tomar juramentos, que não tenha participado do Programa Alternativo Supervisionado previsto pelos Estatutos Gerais § 54-56I além de uma vez.

Assinado (Escrivente/Pessoa devidamente autorizada)	Nome em letra de forma	Data da assinatura
---	------------------------	--------------------

Primeira Ordem Judicial

(Assinalar as opções apropriadas)

(Se o requerimento for indeferido e não houver segredo de justiça, será recomendável ocultar o número de telefone do réu.)

O requerimento é **indeferido**

O juramento do réu previsto pelos Estatutos Gerais § 54-56I(c) foi tomado:

em sessão aberta do tribunal

extrajudicialmente por uma pessoa designada pelo escrivão e devidamente autorizada a tomar juramentos

O requerimento é **deferido**. O juiz ordena que o processo corra em segredo de justiça, encaminha o réu à CSSD para verificação de sua elegibilidade e avaliação da sua saúde psicológica. O Promotor de Justiça enviará uma cópia do boletim de ocorrência à CSSD.

O réu responde por um crime de maior potencial ofensivo Nível C ou o descumprimento dos Estatutos Gerais § 53a-71(a)(1) enquanto era no máximo 4 anos mais velho do que a outra pessoa. Porém, determina-se que há justa causa para a concessão do benefício.

Adia-se o processo para o dia _____ às _____ a.m./p.m.
(data) (horário)

Assinado (Juiz, Escrevente)	Nome em letra de forma	Data da assinatura
-----------------------------	------------------------	--------------------