

**PROŚBA O PRZYWRÓCENIE  
PRZEDPROCESOWEGO PROGRAMU  
EDUKACJI ALKOHOLOWEJ**

JD-CR-44RP Rev. 10-16  
C.G.S. § 54-56g

STAN CONNECTICUT  
**SĄD WYŻSZY  
ODDZIAŁ SĄDOWY**  
www.jud.ct.gov



**Instrukcje dla Osoby Wypełniającej Podanie**

1. Złóż oryginał podania w sekretariacie sądowym.
2. Prześlij kopię prokuratorowi.

**POWIADOMIENIE O ADA**

Oddział Sądowy Stanu Connecticut działa zgodnie z Ustawą o Niepełnosprawnych (ADA). Jeżeli potrzebujesz racjonalnych udogodnień, w ramach ustawy ADA, skontaktuj się z pracownikiem Oddziału Sądowego lub osobą na liście kontaktów ds. ADA na stronie www.jud.ct.gov/ADA.

**DO: Sądu Wyższego Stanu Connecticut**

GA/JD numer	Adres Sądu	Numer Sprawy na Wokandzie	
Imię i Nazwisko Oskarżonego		Adres oskarżonego (numer, ulica, numer mieszkania, miejscowość oraz kod pocztowy)	
Pseudonim/Nazwisko rodowe oskarżonego	Numer telefonu oskarżonego	Numer prawa jazdy kierowcy	Stan który wydał prawo jazdy
Wniesione zarzut(y)		Numer sprawy CMIS	

Złożyłem wcześniej podanie o Program Edukacji Alkoholowej, i moje podanie zostało przyjęte. Program został mi przyznany ale nie ukończyłem go pomyślnie, lub stwierdzono, że przestałem być podatny na terapię. Obecnie proszę o przywrócenie Programu Edukacji Alkoholowej. Jeżeli program zostanie mi przyznany, rozumiem, że będę musiał wnieść bezzwrotną opłatę za program w wysokości \$175, jeżeli sąd nakaże mi udział w 10-sesyjnym programie interwencyjnym, lub \$250, jeżeli sąd nakaże mi udział w 15-sesyjnym programie interwencyjnym, z których to opłat nie będę zwolniony, chyba, że sąd znajdzie wystarczający powód (powód dla którego nie powinienem musieć wnieść opłaty). Rozumiem, że jeżeli sąd nakaże mi udział w programie leczenia uzależnień od używek, będę musiał również pokryć koszty przywrócenia mi programu, jeżeli takie koszty będą.

Podpisano (Oskarżony)	Imię i Nazwisko Drukowanymi Literami	Data
-----------------------	--------------------------------------	------

**Potwierdzenie Kwalifikacji przez Oddział Sądowych Usług Wspomagających**

- Kwalifikuje się do przywrócenia       Nie kwalifikuje się do przywrócenia
- Jeżeli przyznane, jest to pierwsze przywrócenie programu oskarżonemu.
- Jeżeli przyznane, jest to drugie przywrócenie programu oskarżonemu.
- Zaleca się 10 sesji
- Zaleca się 15 sesji
- Zaleca się program leczenia uzależnień od używek

Next court date

Podpisano (Personel Biura ds. Kaucji)	Imię i Nazwisko Drukowanymi Literami	Data
---------------------------------------	--------------------------------------	------

**Nakaz Sądu** (zaznacz "X" wszystko, co się dotyczy)

(Jeżeli podanie będzie odrzucone i nakazane zostanie odpięczętowanie dokumentacji, rozważ nakazanie usunięcia numeru telefonu oskarżonego.)

- Prośba o przywrócenie programu jest **odrzucona**. Nakazuje się odpięczętowanie dokumentacji. Wprowadzona zostaje odpowiedź „nie winny” na zarzuty, jeżeli wcześniej nie zostało to uczynione, a sprawa ma zostać bezzwłocznie włączona na listę procesową.
- Prośba o przywrócenie programu jest **przyjęta**. Nakazuje się zapieczętowanie dokumentacji, a oskarżony odesłany jest do Oddziału Sądowych Usług Wspomagających po skierowanie do Departamentu Zdrowia Psychicznego i Uzależnień w celu umieszczenie w stosownym programie interwencji przeciwalkoholowej na okres roku, lub licencjonowanym przez Stan programie leczenia uzależnień od używek. Oskarżonemu nakazuje się bezzwłoczne rozpoczęcie programu.
- Oskarżony ma wziąć udział w jednym spotkaniu z ofiarami wypadków.
- Opłata za program wynosi       \$175 (10 sesji)       \$250 (15 sesji)
- Oskarżonemu nakazuje się natychmiastowe wniesienie bezzwrotnej opłaty za program w sekretariacie sądowym.
- Oskarżony jest zwolniony z opłaty za program po wykazaniu wystarczającego ku temu powodu.
- Koszty programu leczenia uzależnień od używek:
- Mają zostać pokryte przez oskarżonego.
- Są zniesione po wykazaniu wystarczającego ku temu powodu.

Sprawa zostaje odroczone do (Data i godzina)	Podpisano (Sędzia lub Sekretarz Sądowy)	Data Podpisu
--	---	--------------