

**PRZEDPROCESOWY PROGRAM INTERWENCJI  
NARKOTYKOWEJ ORAZ PRAC SPOŁECZNYCH -  
PROŚBA O PRZYWRÓCENIE MOŻLIWOŚCI UDZIAŁU**

JD-CR-196 New 4-22  
Spec. Sess. P.A. 21-1 § 166

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



**Instrukcje dla oskarżonego(-j):**

1. Złóż oryginał tego podania w Sekretariacie Sądowym.
2. Prześlij kopię prowadzącemu Twoją sprawę prokuratorowi.

**Niniejszy formularz jest  
dostępny w innych wersjach  
językowych.**

Aby uzyskać informacje na temat  
udogodnień w ramach ADA, skontaktuj  
się z sekretariatem sądowym lub wejdź  
na stronę: [www.jud.ct.gov/ADA](http://www.jud.ct.gov/ADA).

**DO: Sądu Wyższego Stanu Connecticut**

Okręg Sądowy Numer GA	Adres sądu	Sygnatura akt	
Pełne imię i nazwisko oskarżonego(-j)		Adres oskarżonego(-j) (Numer, ulica, numer mieszkania, miejscowość i kod pocztowy)	
Pseudonim/ Nazwisko rodowe oskarżonego(-j)	Adres e-mail oskarżonego(-j)	Numer telefonu oskarżonego(-j)	Numer sprawy CMIS
Postawiony(-e) zarzut(y)			

**Prośba o Przywrócenie Możliwości Udziału**

Uprzednio zostałem mi już przyznany Program Interwencji Narkotykowej i Prac Społecznych. Nie ukończyłem(-am) go pomyślnie, i sąd zakończył mój udział w programie.

Proszę sąd o przywrócenie mi (ponowne przyznanie mi) możliwości udziału w Przedprocesowym Programie Interwencji Narkotykowej i Prac Społecznych.

Jest to  Pierwszy  Drugi raz kiedy zwracam się z prośbą do sądu o przywrócenie mi możliwości udziału w programie.

Jeżeli sąd przychyli się do mojej prośby, rozumiem, że będę musiał(a) wnieść bezzwrotną opłatę za program w wysokości 250 USD, jeżeli sąd nakaże mi udział w komponencie edukacji narkotykowej, lub pokryć koszt leczenia dot. używek, jeżeli sąd nakaże mi udział w komponencie leczniczym dot. używek, chyba że sąd zwolni mnie z owej opłaty lub kosztów.

- Zamierzam pokryć koszty oraz opłaty; lub
- Jestem reprezentowany(-a); lub kwalifikuję się na to, aby być reprezentowanym(-ą) przez Obrońcę z Urzędu, tak też sąd musi zwolnić mnie z opłaty; lub
- Nie mogę pozwolić sobie na pokrycie kosztów i opłat związanych z programem, i proszę sąd o zwolnienie mnie z kosztów oraz opłat. (Musisz złożyć Oświadczenie o Ubóstwie - Zwolnienie z Opłat, Sprawy Karne, formularz JD-AP-48, jeżeli zaznaczysz tę opcję).

Podpisano (Oskarżony(-a))	Wpisz imię i nazwisko literami drukowanymi	Data podpisu
---------------------------	--	--------------

**Nakaz Sądu** (Zaznacz „X” wszystko co dotyczy)

Podanie o przywrócenie możliwości udziału jest:

- Odrzucone**, sąd nakazuje odtajnienie akt sądowych, wprowadzenie odpowiedzi „nie winny” na zarzuty, oraz bezzwłoczne umieszczenie sprawy na liście procesowej, jeżeli nie zostało to jeszcze uczynione.
- Rozpatrzone przychylnie**, pod warunkiem, że zostanie potwierdzone to, iż oskarżony(-a) kwalifikuje się na ponowne przyznanie możliwości udziału. Sąd nakazuje utajnienie akt sądowych, odsyła oskarżonego(-ą) do CSSD, w celu potwierdzenia tego, że się kwalifikuje, oraz nakazuje CSSD skierowanie oskarżonego(-j) do Wydziału Usług Zdrowia Psychicznego i Uzależnień, Wydziału Spraw Weteranów Stanu Connecticut, Narodowego Wydziału Spraw Weteranów, lub do licencjonowanej przez Stan agencji leczenia dot. używek, na stosowny komponent programu.

Bezzwrotna opłata za przywrócenie możliwości udziału w programie w wysokości 250 USD, jeżeli CSSD skieruje oskarżonego(-ą) do udziału w komponencie programu edukacji narkotykowej, lub koszty leczenia dot. używek, jeżeli CSSD poleci oskarżonemu(-j) udział w komponencie programu dot. używek:

- Zostaną pokryte** w całości, przez oskarżonego(-ą). Jeżeli Oskarżony(-a) złożył(a) formularz *Oświadczenie o Ubóstwie - Zwolnienie z Opłat, Sprawy Karne*, sąd **odrzuca** podanie o zwolnienie z opłat.
- Sąd **zwalnia** oskarżonego(-ą) z opłat ponieważ stwierdza, że oskarżony(-a) jest ubogi(-a), lub nie jest w stanie zapłacić, albo jest reprezentowany(-a) lub kwalifikuje się na to, aby być reprezentowanym(-ą) przez Obrońcę z Urzędu. *Owo zwolnienie z opłat nie dotyczy opłat ani kosztów związanych z jakimkolwiek programem pozastanowym, w którym oskarżony(-a) weźmie udział, za zgodą CSSD.*

Sprawa odroczone do (Data i godzina)	Podpisano (Sędzia, Asystent Sekretarz)	Data podpisu
--------------------------------------	--	--------------