



## INTOXICATED DRIVER PROGRAM/PROGRAMA PARA CONDUCTORES ALCOHOLIZADOS

Servicios Humanos del Condado de Rock  
PO Box 1649 – Suite 210  
JANESVILLE, WI 53547  
Teléfono: (608) 743-2402

### Inscripción en el Programa de Conductores Ebrios

Para programar una evaluación nuestra oficina requiere que usted pague el costo de \$300.00 USD y que complete los documentos de inscripción que se adjuntan.

- **Sírvase completar** los documentos de inscripción que se adjuntan; si no tiene la información del juzgado, déjela en blanco. Puede usar el número de una identificación del estado de Wisconsin, si no tiene un número de permiso de conducción vigente.
- **Pagos aceptados:** cheque, giro postal, efectivo exacto (solo cuando se paga en persona) o tarjeta de crédito/débito.

**Tasa de evaluación: \$300.00 USD**

**Haga un cheque o giro bancario** al nombre de: Rock County Human Services

Hay una comisión del 3.5% si el pago se realiza con tarjeta de crédito/débito; escriba el siguiente sitio web si desea pagar con tarjeta de crédito/débito: <https://www.govpaynow.com/gps/user/cyg/plc/a004ix> o escanee el QR código que aparece a continuación.

\*\*Seleccione "Programa para conductores intoxicados" como tipo de pago.

- **Envíe por correo** los documentos de inscripción completados y el pago en un sobre a:

**Rock County Human Services  
Intoxicated Driver Program  
PO Box 1649 – Suite 210  
Janesville, WI 53547**



**O**

**Entrega en nuestra oficina en:  
1717 Center Ave  
Janesville, WI 53546**

- **Nuestra oficina le llamara para programar su cita una vez que recibamos su documentación completa y el pago.**

*Si usted tiene seguro médico, antes de su cita usted necesitara saber dónde su proveedor de seguro lo cubrirá para Tratamiento/Consejería de Alcohol y Drogas en caso de que usted sea referido a tratamiento como resultado de su evaluación. Un cargo de \$110.00 será cobrado si su plan necesita ser enmendado en cualquier momento porque usted no sabe dónde su proveedor de seguro lo cubre para tratamiento.*

*Si no se avisa con 24 horas de antelación, se aplicará un recargo de 110 USD por cancelación tardía/no presentarse, o si llega 10 minutos o más tarde a una cita.*

*Durante la cita para la evaluación, nuestra oficina le proporcionara un intérprete de español si es necesario.*

Ante cualquier pregunta, llame a nuestra oficina al (608) 743-2402.

Gracias,

Personal del Programa de Conductores Ebrios del Condado de Rock

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE ROCK  
INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA PARA CONDUCTORES ALCOHOLIZADOS**

**SOLO PARA USO DEL PERSONAL**

FECHA DE LA SOLICITUD \_\_\_\_\_ NÚMERO DE USUARIO \_\_\_\_\_ FECHA DE INGRESO \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN ACERCA DE USTED**

NOMBRE (apellido, nombre, inic. \_\_\_\_\_ DE SOLTERA/OTRO \_\_\_\_\_  
segundo nombre) \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ RAZA \_\_\_\_\_ NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL       SOLTERO       CASADO       DIVORCIADO       SEPARADO       VIUDO

**¿CUÁL ES SU DIRECCIÓN?**

DIRECCIÓN (calle, número, etc.) \_\_\_\_\_

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_

RESIDENTE DEL CONDADO DE ROCK       SÍ       NO      DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

**¿ESTÁ BAJO LA SUPERVISIÓN DEL DEPARTAMENTO PENITENCIARIO?**

LIBERTAD VIGILADA/LIBERTAD CONDICIONAL       SÍ       NO      NOMBRE DEL AGENTE \_\_\_\_\_

**EN UN CASO DE EMERGENCIA, ¿CON QUIÉN QUISIERA QUE NOS COMUNICÁRAMOS?**

CONTACTO PARA EMERGENCIAS \_\_\_\_\_ RELACIÓN \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE TRATAMIENTO: INDIQUE CUÁNDO RECIBIÓ TRATAMIENTO PARA SUD, Y EL NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL CENTRO/ORGANISMO (Proporcione esta información lo mejor que pueda)**

ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO       SÍ       NO      EN CASO AFIRMATIVO, ¿DÓNDE? \_\_\_\_\_

HISTORIAL DE TRATAMIENTO PREVIO \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE EL ARRESTO/JUZGADO: PROPORCIONE INFORMACIÓN SOBRE SU OWI MÁS RECIENTE (Si no está seguro de alguna de la información a continuación, deje la sección en blanco y solo complete su licencia de conducir/identificación estatal #)**

NÚMERO DEL PERMISO PARA CONDUCIR \_\_\_\_\_

FECHA DE ARRESTO \_\_\_\_\_ FECHA DE CONDENA \_\_\_\_\_ NIVEL DE BAC (conc. de alcohol en sangre) \_\_\_\_\_

JUZGADO DE LA CONDENA \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CITACIÓN \_\_\_\_\_ NÚMERO DE CAUSA DEL JUZGADO \_\_\_\_\_ CANTIDAD DE OWI EN TODA LA VIDA \_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO DEL PERSONAL**

CITA CON \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

CITA CON \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

CITA CON \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

Date Paid: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Staff Initial: \_\_\_\_\_

Receipt # \_\_\_\_\_

Cash \_\_\_\_\_ Money Order \_\_\_\_\_ Check # \_\_\_\_\_

Credit Card Payment \_\_\_\_\_ Reference # \_\_\_\_\_

Client Informed of 'No Show' Fee \_\_\_\_\_

Appointment location \_\_\_\_\_

Client informed of Ins/\$110 \_\_\_\_\_

Ins Coverage: \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

**MOTIVO DE LA EVALUACIÓN (DESCRIBA el motivo por el que solicita servicios):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**COMPLETE ESTA SECCIÓN**

- ESTUDIOS       01-11 = años de estudios completados \_\_\_\_\_  
 12 = diploma de secundaria o equivalencia  
 14 = algunos estudios terciarios  
 16 = título universitario de grado/cuatro años  
 18 = título universitario avanzado

CANTIDAD DE REUNIONES GRUPALES DE APOYO A LAS QUE HAYA ASISTIDO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS: \_\_\_\_\_

CANTIDAD DE ARRESTOS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS: \_\_\_\_\_

- TIPO DE VIVIENDA:       01 = calle, refugio, sin dirección fija, sin hogar  
                                  02 = residencia privada o familiar  
                                  03 = residencia con apoyo o semisupervisada  
                                  04 = instalaciones especializadas con supervisión interna  
                                  05 = supervisión interna  
                                  06 = cárcel o centro penitenciario  
                                  07 = menores de 18 años que viven con los padres

- EMPLEO:               1 = empleo de tiempo completo, 35 o más horas de trabajo.  
                                  2 = empleo de tiempo parcial, < 35 h de trabajo.  
                                  3 = desempleado buscando trabajo en los últimos 30 días  
                                  4 = desempleado y no buscando trabajo en los últimos 30 días  
                                  5 = fuera de la fuerza laboral; amo de casa  
                                  6 = fuera de la fuerza laboral; estudiante  
                                  7 = fuera de la fuerza laboral; jubilado  
                                  8 = fuera de la fuerza laboral; discapacitado  
                                  9 = fuera de la fuerza laboral; en la cárcel, prisión u otra institución penitenciaria

ACTUALMENTE EMBARAZADA       SÍ       NO

**CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO AMBULATORIO**

**Por el presente autorizo y doy mi consentimiento para una evaluación de consumo de alcohol/dogas en instalaciones para pacientes ambulatorios del condado de Rock.**

FIRMA DEL USUARIO \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE ROCK**  
**REQUISITOS DEL INTOXICATED DRIVER PROGRAM/PROGRAMA PARA**  
**CONDUCTORES ALCOHOLIZADOS**

Teléfono: 608-743-2402

*Tenga a bien leer esta información. El evaluador repasará esta información con usted durante su cita, pero es su responsabilidad comprender los requisitos de este programa.*

- Su cita de hoy incluirá la firma de formularios de los requisitos del IDP/Programa para conductores alcoholizados y relacionados con HIPAA, la firma de su Plan de seguridad de conducir y una autorización escrita para obtener registros de sus proveedores de tratamiento.
- También incluirá una entrevista oral con un consejero para problemas de abuso de alcohol y drogas, en cual momento se harán recomendaciones para un Plan de seguridad de conducir apropiado.
- Se espera que se abstenga de consumir alcohol o drogas ilícitas el día de la evaluación.
- Antes de su cita, si tiene seguro de salud, será su responsabilidad determinar dónde su compañía de seguro proporciona cobertura de tratamiento ambulatorio para problemas de abuso de trastorno por uso de sustancias (SUD). Si usted es referido a tratamiento para SUD y el centro que usted elija para su Plan de seguridad de conducir durante la cita de su evaluación no está cubierto por su seguro, o sea, si tiene que cambiar de proveedor para su Plan de seguridad del conductor, **se le cobrará una tasa de \$110** por la modificación de su plan. Si opta voluntariamente por ir a un proveedor de tratamiento que no sea el que haya elegido originalmente para su Plan de seguridad del conductor, también se le cobrarán los \$110.

Si su seguro de salud no proporciona cobertura para tratamiento para SUD, será responsabilidad suya averiguar qué opciones tiene y saber a qué centro de tratamiento para SUD (en el caso de que sea referido) quisiera ser derivado. Una vez más, le recordamos que modificar el plan después le costaría \$110.

- En un plazo 72 horas (3 días hábiles) después de que firme su Plan de seguridad de conducir, deberá comunicarse con su proveedor de instrucción/tratamiento para programar una cita. No hacerlo podría dar lugar a un informe de incumplimiento enviado al Departamento de Transporte.
- No firmar el Plan de seguridad del conductor o no seguir el procedimiento indicado anteriormente dará lugar a que se envíe un informe de incumplimiento al Departamento de Transporte y a que usted pierda su autorización para conducir vehículos. El Plan de seguridad del conductor firmado es válido por un año a partir de la fecha de evaluación que figure en el plan.
- Es responsabilidad suya encargarse de que la documentación que demuestre el cumplimiento de los requisitos de su Plan de seguridad de conducir sea entregado a nuestra oficina antes de la fecha de vencimiento del plan. Los requisitos podrán incluir: 1) Alta satisfactoria del tratamiento (el costo del tratamiento deberá estar pagado en su totalidad); 2) Haber completado el programa de Dinámica de grupos (Group Dynamics) o bien el de delincente múltiple (Multiple Offender).
- Si considera que los resultados de su evaluación son incorrectos o que las recomendaciones incluidas en su Plan de seguridad de conducir son inadecuadas, tiene derecho a apelar conforme al procedimiento establecido después de la finalización de la evaluación. Si tiene preocupaciones acerca de su evaluación o recomendaciones, consulte con su asesor acerca del procedimiento correspondiente.
- Si se produce un nuevo incidente de OWI (operación de un vehículo estando alcoholizado o drogado) durante el período de su Plan de seguridad de conducir, el Departamento de Transporte lo considerará en situación de incumplimiento. En ese caso, comuníquese con nuestra oficina para solicitar revisión/información.
- Dirección/teléfono: es su responsabilidad avisar a la oficina del Programa para conductores alcoholizados de cualquier cambio en su teléfono o dirección postal personales.

He leído y comprendo la información anterior.

Firma del usuario: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**LISTA DE PROVEEDORES DE TRATAMIENTO****SÍRVASE LEER, FIRMAR Y ENVIAR DE VUELTA ESTA FORMULARIO CON SU INSCRIPCIÓN Y PAGO.**

\*Conserve la copia adicional para su propio uso. Después de la evaluación, el evaluador lo derivará a que complete una clase instructiva (Blackhawk Tech) **Q** un programa de orientación psicológica. **El evaluador determinará a qué se lo derive.** ANTES de su cita, comuníquese con su compañía de seguro para comprobar adónde podría recibir orientación psicológica ambulatoria con su cobertura. Si no tiene seguro de salud, comuníquese con los proveedores de tratamiento de la siguiente lista que estén marcados con \*\* para determinar cuál elegir. Si prefiere o tiene cobertura en un lugar que esté fuera del condado de Rock, comuníquese con nuestra oficina para determinar si dicho proveedor estaría aprobado.

Firma del usuario		Fecha	
<b>BELOIT HEALTH SYSTEM CENTRO DE ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA</b>	Tratamiento ambulatorio	1969 W. Hart Rd Beloit, WI 53511	364-5686 363-5756 fax
<b>CROSSROADS**</b>	Tratamiento ambulatorio	17 S River St. Suite 254 Janesville, WI 53548	755-5260 755-5267 fax
<b>LUTHERAN SOCIAL SERVICES**</b>	Tratamiento ambulatorio Disponemos de intérpretes	612 N Randall Ave Janesville, WI 53545 1850 Cranston Rd Beloit, WI 53511	752-7660
<b>MERCY OPTIONS</b>	Tratamiento ambulatorio Mercy Care Insurance Disponemos de intérpretes	903 Mineral Point Ave Janesville, WI 53548 2825 Prairie Ave Beloit, WI 53511	756-5555 756-0174 fax
<b>BELOIT COMPREHENSIVE TREATMENT CENTER**</b>	Tratamiento ambulatorio Adicciones a opiáceos	2240 Prairie Ave #10 Beloit, WI 53511	856-6737
<b>BELOIT AREA COMMUNITY HEALTH CENTER**</b>	Tratamiento ambulatorio	74 Eclipse Center Beloit, WI 53511	313-3372
<b>AMS**</b>	Tratamiento ambulatorio	1312 Barberry Dr. Suite 110 Janesville, WI 53545	758-1944
<b>HEALTHNET**</b>	Tratamiento ambulatorio -Terapeutas españoles	113 S Franklin St. Janesville, WI 53548	756-4638
<b>CLEANSLATE**</b>	Tratamiento ambulatorio - Opiáceo/Alcohol MAT (Vivitrol & Suboxone)	101 E Milwaukee St. Suite 315 Janesville, WI 53545	305-0201
<b>Solo para fines informativos</b>	<b>Costo de las clases instructivas si se lo deriva a una</b>	<b>Ubicaciones ofrecidas</b>	<b>Teléfono</b>
<b>BLACKHAWK TECHNICAL COLLEGE</b>	Group Dynamics (Dinámica de grupos): \$293.75 Multiple Offender (Infracciones múltiples): \$421	6004 S County Rd G Janesville, WI 53546 210 4 <sup>th</sup> Avenue Monroe, WI 53566	757-7630

\*\*Estos proveedores arreglarán un plan de pago en efectivo con usted si no tiene seguro de salud.

Tenga presente que el costo, y días y horarios de tratamiento están sujetos a cambios. Llame al proveedor para obtener la información más actualizada.

**Reconocimiento de la política de prestación de servicios en estado de embriaguez o Abstinencia**

Rock County Outpatient Services se esfuerza por proporcionar atención y servicios de calidad para todos los clientes, tratando a todos los que servimos con dignidad y respeto. También tenemos la obligación de proteger la seguridad de nuestros clientes y de la comunidad siempre que sea posible. Este documento es para informarle de nuestra política con respecto a la prestación de servicios a los clientes que están intoxicados, en un estado de abstinencia o con el potencial de abstinencia, y / o conducir en estado de embriaguez.

La política de Rock County Outpatient Services es que, si usted se presenta a los servicios en un estado de intoxicación o abstinencia, el personal evaluará su capacidad para participar en los servicios, y para cualquier preocupación médica o de seguridad.

Si se determina que no puede participar en los servicios ese día, el personal elaborará un plan de seguridad con usted y reprogramará sus servicios para otro día. Si ha venido en coche para recibir los servicios, el plan de seguridad incluirá la identificación de un medio de transporte alternativo.

Si decide irse, con el plan de conducir usted mismo, antes de la finalización del plan de seguridad el personal llamará al 911 para informar de la preocupación de un conductor intoxicado. En esta situación, el personal sólo proporcionará información sobre los signos de intoxicación observados o discutidos y suficiente información demográfica para permitir que las fuerzas del orden se pongan en contacto con usted para garantizar su seguridad y la del público. No se compartirá ninguna otra información confidencial.

Entendemos que la recuperación es un proceso, que el cambio lleva tiempo y que usted busca servicios que le ayuden a alcanzar sus objetivos de recuperación. Todas las medidas que se tomen se harán únicamente con el objetivo de mantener su seguridad y la de nuestra comunidad. Si usted está luchando con el uso, por favor asegúrese de que tiene un transporte seguro hacia y desde sus servicios; el personal puede ayudarle a organizar un transporte seguro antes de tiempo si así lo solicita.

Al firmar a continuación, indica que ha leído y comprendido la política anterior. Usted se compromete a organizar un transporte seguro para ir y volver de sus citas si lo necesita o lo solicita. También reconoce que el personal puede compartir la información mencionada anteriormente con las fuerzas del orden en caso de que abandone el edificio sin asegurarse un transporte seguro. Usted reconoce que ha tenido la oportunidad de discutir esta política con el personal y que todas sus preguntas han sido respondidas adecuadamente.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha