

ကလိုင်းယင့် အချက်အလက်များ					
အမည် ပထမစာလုံး-		အမည် အလယ်စာလုံး-		အမည် နောက်ဆုံးစာလုံး-	
မွေးနေ့-		ဖုန်း-		VT PID-	
လိပ်စာ-			အီးမေးလ် လိပ်စာ-		
ပညာအရည်အချင်း-		အလုပ်အကိုင်-			

ပြစ်မှုအမျိုးအစား	ပြစ်မှုကျူးလွန်သည့်ရက်	ပြစ်မှု BAC

ဤဖောင်ပုံစံကို လက်မှတ်ထိုးခြင်းအားဖြင့် ကျွန်ုပ် ပေးအပ်သည့် အချက်အလက်အားလုံးသည် ကျွန်ုပ် သိထားသမျှ မှန်ကန်မှုရှိကြောင်း အတည်ပြုအပ်ပါသည်။ ဤအကဲဖြတ်သည့်ရက်မှစ၍ ငါး (5) နှစ်အတွင်း ကျွန်ုပ်သည် IDRP တစ်ခုလုံးကို ပြီးမြောက်အောင် ဆောင်ရွက်ရမည်ဖြစ်ကြောင်း သို့မဟုတ်ပါက သက်ဆိုင်ရာ ကျသင့်ငွေအားလုံးကို ပေးချေခြင်းအပါအဝင် ပရိုဂရမ်ကို ပြန်လည်စတင်ရန် လိုအပ်မည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။

ကလိုင်းယင့်၏ လက်မှတ်-		ရက်စွဲ-	
-----------------------	--	---------	--

အကဲဖြတ်ချက် အချက်အလက် (IDRP အကဲဖြတ်သူက ဖြည့်စွက်ရန်)

အကဲဖြတ်သည့်တည်နေရာ-		အကဲဖြတ်သည့် ရက်စွဲ-	
DAST ရမှတ်-	စစ်ဆေးမှုရမှတ်-	ပြစ်မှုကျူးလွန်သူ အမျိုးအစား-	
နောက်ဆုံး သုံးခွဲချိန် (ခန့်မှန်း)-	အရက်-	မူးယစ်ဆေးဝါးများ-	

အကဲဖြတ်သူ မှတ်ချက်များ-

မူးယစ်ဆေးဝါး အသုံးပြုမှုမှတ်တမ်း (အရက်၊ ဆေးခြောက်၊ တရားမဝင် မူးယစ်ဆေးဝါးများ)-

လက်ရှိ မူးယစ်ဆေးဝါး အသုံးပြုမှု (အရက်၊ ဆေးခြောက်၊ တရားမဝင် မူးယစ်ဆေးဝါးများ)-

မိသားစုမှတ်တမ်း-

ထပ်ဆောင်း မှတ်ချက်များ၊ စိုးရိမ်သည့်နယ်ပယ်များ၊ အကဲဖြတ်သူ၏ ထောက်ခံအကြံပြုချက်များ-

ကုသမှုလိုအပ်သလား။ ဟုတ် မဟုတ်

IDRP ကုသမှုပေးသူထံမှ အကဲဖြတ်သူ၏ မျှော်လင့်ချက်များ (ဥပမာ- ရည်မှန်းချက်ပန်းတိုင်များ/ဖြေရှင်းရမည့် အပြုအမူများ)-

ထွက်ခွာအင်တာဗျူးလုပ်ရန် လိုအပ်ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

ဤဖောင်ပုံစံကို လက်မှတ်ထိုးခြင်းအားဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့သည် ဤနေရာတွင် ပေးအပ်သည့် အချက်အလက်အားလုံးမှာ ကျွန်ုပ် သိထားသမျှ မှန်ကန်မှုရှိကြောင်း အတည်ပြုအပ်ပါသည်။

IDRP အကဲဖြတ်သူ လက်မှတ်-		ရက်စွဲ-	
လိုင်စင် #			
ကြီးကြပ်ရေးမှူး အမည်နှင့် လိုင်စင် # (သက်ဆိုင်ပါက)-			

Vermont Impaired Driver Rehabilitation Program

Evaluation Information

March 2024

Client Information					
First Name:		Middle Initial:		Last Name:	
Date of Birth:		Phone:		VT PID:	
Address:			Email Address:		
Education Level:			Employment:		

Type of Offense	Date of Offense	Offense BAC

By signing this form, I attest all the information I provided is true to the best of my knowledge. I understand I must complete the IDRP in its entirety within five (5) years from this Evaluation date, or I will be required to restart the Program, including payment of all applicable fees.

Client Signature:		Date:	
-------------------	--	-------	--

Evaluation Information (To be completed by IDRP Evaluator)					
Location of Evaluation:				Date of Evaluation:	
DAST Score:		AUDIT Score:		Offender Type:	
Last use (approximate):	Alcohol:			Drugs:	

Evaluator Comments:

--

History of Substance Use (alcohol, cannabis, illicit substances):

--

Current Substance Use (alcohol, cannabis, illicit substances):

--

Family History:

--

Additional comments, areas of concern, Evaluator recommendations:

Treatment Required? Yes No

Evaluator expectations for IDRP treatment provider (i.e. goals/behaviors to address):

Exit interview required? Yes No

By signing this form, I attest all the information provided here is true to the best of my knowledge.

IDRP Evaluator Signature:		Date:	
License #:			
Supervisor Name & License # (if applicable):			