

برنامه توانبخشی راننده گان ناتوان Vermont

اطلاعات ارزیابی

ماه مارچ 2024

اطلاعات مشتری			
نام خانوادگی:	نام وسطی:	تخلص:	
تاریخ تولد:	تلفن:	VT PID:	
آدرس:	ایمیل آدرس:		
سطح تحصیلات:	وظیفه:		

نوع تخطی	تاریخ تخطی	تخطی BAC

با امضای این فورم، من تایید می کنم که تمام معلومات داده توسط من درست است. من می دانم که باید IDRP را به طور کامل در ظرف پنج (5) سال از این تاریخ ارزیابی تکمیل کنم، در غیر این صورت مجبور به راه اندازی دوباره برنامه، از جمله پرداخت تمام هزینه های قابل اجرا خواهم بود.

امضای مشتری:	تاریخ:
--------------	--------

معلومات ارزیابی (توسط ارزیابی کننده IDRP تکمیل می شود)			
محل ارزیابی:	تاریخ ارزیابی:		
نمره DAST:	نمره بازرسی:	نوع تخطی کننده:	
آخرین استفاده (تقریبی):	الکول:	مواد مخدر:	

نظرات ارزیابی کننده:

--

سابقه مصرف مواد (الکول، بنگ، مواد غیر قانونی):

--

مصرف مواد فعلی (الکول، بنگ، مواد غیر قانونی):

--

تاریخچه خانواده:

--

نظرات اضافی، زمینه های نگرانی، توصیه های ارزیابی کننده:

--

تداوی مورد نیاز؟ بلی نه
توقعات ارزیابی کننده برای ارائه دهنده تداوی IDRP (به عنوان یک هدف / رفتار های که باید مورد توجه قرار بیگیرد):

--

مصاحبه خروجی نیاز است؟ بلی نه

با امضای این فورم، من تایید می کنم که تمام اطلاعات ارائه شده توسط من درست است.

	تاریخ:		امضای ارزیابی کننده IDRP:
			مجوز #:
			نام سرپرست و مجوز # (اگر قابل تطبیق است):

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):			