

برنامج إعادة تأهيل السائقين ذوي الإعاقة في فيرمونت معلومات التقييم

مارس 2024

بيانات العميل			
الاسم الأول:	الحرف الأول من الاسم الأوسط:	اسم العائلة:	
تاريخ الميلاد:	الهاتف:	VT PID:	
العنوان:	عنوان البريد الإلكتروني:		
المستوى التعليمي:	التوظيف:		

نوع المخالفة	تاريخ المخالفة	تركيز الكحول في الدم وقت المخالفة

بالتوقيع على هذا النموذج، أقر أن جميع المعلومات التي قدمتها صحيحة على حد علمي. أدرك أنه يجب علي إكمال برنامج IDRP بالكامل في غضون خمس (5) سنوات من تاريخ التقييم هذا، أو سيطلب مني إعادة بدء البرنامج، بما في ذلك دفع جميع الرسوم المطبقة.

توقيع العميل:	التاريخ:	
---------------	----------	--

معلومات التقييم (يتم استكمالها من قبل مقيم IDRP)			
موقع التقييم:	تاريخ التقييم:		
درجة اختبار فحص تعاطي المخدرات:	درجة اختبار AUDIT:	نوع المخالف:	
آخر استخدام (بشكل تقريبي):	الكحول:	المخدرات:	

تعليقات المقيم:

--

تاريخ تعاطي المخدرات (الكحول والحشيش والمواد المحظورة):

--

الاستخدام الحالي للمواد (الكحول والحشيش والمواد غير المشروعة):

--

التاريخ العائلي:

--

تعليقات إضافية، مجالات الاهتمام، توصيات المقيّم:

العلاج المطلوب؟ نعم لا
توقعات المقيّم لمقدم العلاج ببرنامج IDRP (أي الأهداف/السلوكيات التي يجب معالجتها):

هل مقابلة الخروج مطلوبة؟ نعم لا

بالتوقيع على هذا النموذج، أقر بأن جميع المعلومات المقدمة هنا صحيحة على حد علمي.

التاريخ:	توقيع مقيّم برنامج IDRP:
	رقم الرخصة:
	اسم المشرف ورقم الرخصة (إن وجد):

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):			