

वरमोंट निःशक्त चालक पुनर्वास कार्यक्रम मूल्यांकन की जानकारी

मार्च 2024

ग्राहक की जानकारी					
पहला नाम:		मध्य नाम:		उपनाम:	
जन्म की तारीख:		फ़ोन:		VT PID:	
पता:		ईमेल एड्रेस:			
शिक्षा का स्तर:		रोज़गार:			

अपराध का प्रकार	अपराध की तारीख	अपराध BAC

इस फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर करके, मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा प्रदान की गई सभी जानकारी मेरे ज्ञान के अनुसार सही है। मैं समझता/ती हूँ कि मुझे इस मूल्यांकन के तारीख से पांच (5) वर्षों के अंदर IDRP को पूरी तरह से पूरा करना होगा, नहीं तो मुझे सभी लागू शुल्क के भुगतान सहित कार्यक्रम को दोबारा शुरू करना होगा।

ग्राहक के हस्ताक्षर:		तारीख:	
----------------------	--	--------	--

मूल्यांकन जानकारी (IDRP मूल्यांकनकर्ता द्वारा पूरा किया जाएगा)			
मूल्यांकन का स्थान:		मूल्यांकन की तारीख:	
DAST स्कोर:		AUDIT स्कोर:	
अंतिम उपयोग (अनुमानित):	शराब:	दवाएं:	

मूल्यांकनकर्ता के कमेंट्स:

--

मादक पदार्थ के सेवन की हिस्ट्री (शराब, भांग, अवैध पदार्थ):

--

मादक पदार्थ का वर्तमान उपयोग (शराब, भांग, अवैध पदार्थ):

--

फ़ैमिली हिस्ट्री:

--

अतिरिक्त कमेंट्स, चिंता के क्षेत्र, मूल्यांकनकर्ता की सिफ़ारिशें:

क्या उपचार की ज़रूरत है? हाँ नहीं
IDRP उपचार प्रदाता के लिए मूल्यांकनकर्ता की अपेक्षाएँ (यानी लक्ष्य/व्यवहार को संबोधित करने के लिए):

इंटरव्यू से बाहर निकलने की ज़रूरत है? हाँ नहीं

इस फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर करके, मैं प्रमाणित करता/ती हूँ कि यहां दी गई सभी जानकारी मेरे ज्ञान के अनुसार सही है।

IDRP मूल्यांकनकर्ता के हस्ताक्षर:		तारीख:	
लाइसेंस #:			
पर्यवेक्षक का नाम और लाइसेंस # (यदि लागू हो):			

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):			