

भर्मोन्ट खराब चालक पुनर्स्थापना कार्यक्रम मूल्याङ्कनसम्बन्धी जानकारी

मार्च 2024

सेवाग्राहीसम्बन्धी जानकारी					
पहिलो नाम:		बिचको नाम प्रथमाक्षर:		थर:	
जन्म मिति:		फोन नम्बर:		VT PID:	
ठेगाना:		इमेल ठेगाना:			
शिक्षाको तह:		रोजगारी:			

कसुरको प्रकार	कसुर घटेको मिति	कसुरको BAC

यस फाराममा हस्ताक्षर गरेर मैले उपलब्ध गराएको सबै जानकारी मलाई थाहा भएसम्म सही छ भन्ने कुरा म प्रमाणित गर्छु ।
मैले यो मूल्याङ्कन मितिबाट अनिवार्य रूपमा पाँच (5) वर्षभित्र IDRP लाई पूर्ण रूपमा पूरा गर्नुपर्नेछ वा अन्यथा मैले सबै प्रचलित शुल्कहरूको
भुक्तानीसहित कार्यक्रमलाई पुनः सुरु गर्नुपर्ने हुन्छ भन्ने कुरा म बुझ्दछु ।

सेवाग्राहीको हस्ताक्षर:		मिति:	
-------------------------	--	-------	--

मूल्याङ्कनसम्बन्धी जानकारी (IDRP मूल्याङ्कनकर्ताले भरिनुपर्ने)			
मूल्याङ्कन गरिएको स्थान:		मूल्याङ्कन गरिएको मिति:	
DAST स्कोर:		AUDIT स्कोर:	
पछिल्लो प्रयोग (अनुमानित):	मदिरा:	लागूपदार्थ:	

मूल्याङ्कनकर्ताका टिप्पणीहरू:

--

लागूपदार्थ दुर्व्यसन (मदिरा, गाँजा, अवैध पदार्थहरू) को इतिहास:

--

हालको लागूपदार्थ दुर्व्यसन (मदिरा, गाँजा, अवैध पदार्थहरू):

--

पारिवारिक इतिहास:

--

थप टिप्पणीहरू, चिन्ताका क्षेत्रहरू, मूल्याङ्कनकर्ताका सिफारिसहरू:

के उपचार आवश्यक पर्छ ? पर्छ

पर्दैन

IDRP उपचार प्रदायकका लागि मूल्याङ्कनकर्ताका अपेक्षाहरू (जस्तै सम्बोधन गर्नुपर्ने लक्ष्य/व्यवहारहरू):

बाहिरिने अन्तर्वार्ता आवश्यक पर्छ ? पर्छ

पर्छ

पर्दैन

यस फाराममा हस्ताक्षर गरेर यहाँ उपलब्ध गराएको सबै जानकारी मलाई थाहा भएसम्म सही छ भन्ने कुरा म प्रमाणित गर्छु ।

IDRP मूल्याङ्कनकर्ताको हस्ताक्षर:		मिति:	
इजाजतपत्र #:			
सुपरभाइजरको नाम र इजाजतपत्र # (लागू हुने भएमा):			

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):			