

د ورمونت د الکول، مخدره توکو تر اغیز لاندې د موټر چلوونکو د بيارغونې پروگرام (Vermont Impaired Driver Rehabilitation Program)

مارچ 2024

د پېرودونکي معلومات				
لومړۍ نوم:	منځنۍ نوم اول توري:	تخلص:		
د زېږېدنې نېټه:	تېلېفون:	VT PID:		
پته:	د پېرېنناليک پته:			
د زده کړې کچه:	شغل يعني دنده:			

د جرم ډول	د جرم نېټه	د جرم اړوند په وینه کې د الکول اندازه (BAC)

د دې فورمې په لاسلیک کولو سره، زه تصدیق کوم چې ټول هغه معلومات چې ما چمتو کړي زما د پوهې سره سم ریښتیني دي. زه پوهېږم چې زه باید د دې ارزونې نېټې څخه په پنځو (5) کلونو کې په بشپړ ډول IDRP بشپړ کړم، یا زه باید پروگرام، د ټولو فیسونو د تادیې پشمول، بیا پیل کړم.

د پېرودونکي لاسلیک:		نېټه:	
---------------------	--	-------	--

د ارزونې معلومات (د IDRP ارزونکي لخوا به بشپړ شي)				
د ارزونې ځای:	د ارزونې نېټه:			
د DAST نمرې	د پلټنې نمرې:	د مجرم ډول:		
يعني اندازه:	الکول:		نشه يي توکي:	
وروستي کارول (اټکل شوي):				

د ارزونکي نظرونه:

--

د موادو کارولو سوابق (الکول، بنگ، غیرقانوني مواد):

--

اوسني وخت کې د موادو کارول (الکول، بنگ، غیرقانوني مواد):

--

د کورنۍ سوابق:

--

اضافي تبصرې، د اندېښنې وړ برخې، د ارزوونکي وړاندیزونه:

درملنې ته اړتیا شته؟ هو نه
د IDRP درملنې چمتو کونکي لپاره د ارزوونکي تمې (یعنې هغه اهداف/چلندونه چې باید ورته پاملرنه وشي):

د وتلو مرکي ته اړتیا شته؟ هو نه

د دې فورمې په لاسلیک کولو سره، زه تصدیق کوم چې دلته چمتو شوي ټول معلومات زما د پوهې سره سم ریښتیني دي.

د IDRP ارزوونکي لاسلیک:	نېټه:	
لیسانس #:		
د نظارت کوونکي نوم او لایسنس # (که چېرې د پلي کېدو وړ وي):		

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:	
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):			