

Запрос о выдаче Сертификата о завершении программы лечения, назначенной в связи с осуждением за DUII (DTCC), поданный внутри штата

Для получения помощи в заполнении этого бланка, пожалуйста, звоните специалисту по информации о DUII по тел. (503) 945-5964.

Информация о клиенте

Имя, фамилия:

Почтовый адрес:

Город, штат, почтовый индекс:

Номер телефона:

Адрес электронной почты:

Дата рождения:

Номер водительского удостоверения штата Орегон:

Дата ареста за DUII:

Дата осуждения за DUII:

Суд, которым клиент был призван виновным:

Тип суда:

Окружной Муниципальный Мировой

Осмотр и направление – в соответствии с законом штата Орегон (Свод законов штата Орегон с изменениями и поправками (ORS) 813.021) требуется, чтобы каждый осужденный за DUII, прошел осмотр и получил направление в программы, утвержденные Управлением здравоохранения штата Орегон.

Имя, фамилия специалиста по выявлению наличия алкогольной зависимости и зависимости от прочих психоактивных веществ (ADSS)

Почтовый адрес специалиста ADSS:

Город, штат, почтовый индекс:

Приложите: Копия осмотра и направления

Подписанный бланк разрешения на выдачу информации

Поставщики услуг лицам с судимостью за вождение транспортного средства в состоянии опьянения (DUII):

Дата начала участия в программе DUII:

Дата окончания программы DUII:

Название программы:

Почтовый адрес:

Город, штат, почтовый индекс:

Номер телефона:

Адрес электронной почты:

Приложите: Копия подтверждения о завершении программы

Подписанный бланк разрешения на выдачу информации

Автотранспортное управление (DMV):

Приложите: Подписанный бланк разрешения на выдачу информации

Подпись

Подписываясь ниже, я подтверждаю, что информация, представленная мной в этом бланке, является достоверной и точной.

Подпись

Дата