Специалист по выявлению наличия алкогольной зависимости и зависимости от прочих психоактивных веществ (ADSS)
Заявление о предоставлении удостоверения об аттестации

Предназначение

Используйте этот бланк для подачи заявления о выдаче первоначального удостоверения об аттестации в рамках программы ADSS или о продлении срока действия существующего удостоверения об аттестации в рамках программы ADSS.

Прежде чем подать заявление, убедитесь в том, что вы ознакомились и понимаете суть Административных правил штата Орегон, регламентирующих предоставление услуг по программе ADSS (правила OAR с 415-054-0461 по 415-054-0570).

Инструкции

Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с бланком заявления и заполните его полностью и до конца. Приложите все необходимые документы.

Отправьте своё заявление и приложения по адресу:

DUII Information Specialist
OHA Health Systems Division
500 Summer Street NE, E-86
Salem, OR 97301-1118

Необходимые документы

К любому заявлению об участии в программе ADSS необходимо приложить перечисленные ниже документы:

- письменное заявление, подписанное председательствующим судьёй или управляющим делами суда(-ов), согласно которому вы получаете назначение поставщика услуг в рамках программы ADSS;
- копию лицевой и оборотной сторон вашего водительского удостоверения или другого удостоверения личности, выданного соответствующей службой штата Орегон; а также
- заявителям, находящимся на лечении от расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, следует предоставить документы, подтверждающие непрерывное воздержание от употребления психоактивных препаратов в условиях независимого проживания или в реабилитационном центре в течение последних двух лет.

К заявлению о предоставлении первоначального удостоверения об аттестации в рамках программы ADSS также необходимо приложить перечисленные ниже документы:

- резюме и ведомость академической успеваемости, подтверждающие ваше соответствие минимальным требованиям; а также
- три подписанных рекомендательных письма от должностных лиц, работающих в системе охраны поведенческого здоровья и знакомых с вами лично, а также способных охарактеризовать ваши личностные качества, трудовые навыки и квалификацию.

Личная контактная информация заявителя

Имя, фамилия:

Адрес личной эл. почты: Домашний телефон:

Почтовый адрес места проживания:

Город, штат, почтовый индекс:

Справочная информация о программе ADSS

Название организации/службы (если применимо):

Адрес (номер здания, улица): Почтовый адрес (если отличается):

Город, штат, почтовый индекс (физический адрес): Город, штат, почтовый индекс (почтовый адрес):

Номер телефона: Номер факса:

Адрес эл. почты (указать обязательно): Адрес веб-сайта (если применимо):

Судебное назначение(-я) – *Пожалуйста, укажите все суды, которыми вы были назначены предоставлять услуги в рамках программы ADSS. Необходимо приложить письменное назначение, изданное каждым судом.*

Название суда	Почтовый адрес
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

Минимальные требования (соответствие им необходимо исключительно для получения удостоверения о первоначальногй аттестации в рамках программы ADSS) – *Выберите один вариант; приложите выписки из ведомости академической успеваемости и/или резюме для подтверждения соответствия требованиям.*

- ☐ Диплом бакалавра в области лечения поведенческих расстройств.
- ☐ Степень младшего специалиста (associate's degree) в области коррекции поведения и двухлетний опыт работы на полную ставку под руководством специалиста, имеющего опыт в проведении обследований на выявление психических расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, и их лечении.
- ☐ Четырехлетний опыт работы на полную ставку под руководством специалиста в области коррекции поведения, имеющего как минимум двухлетний опыт проведения обследований

на выявление психических расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, и их лечения.

Проверки биографических данных

В соответствии с правилами OAR с 943-007-0010 по 943-007-0501 первоначальная или повторная аттестация зависят от результатов проверки случаев проявления насилия и жестокости и наличия судимости. Любые документы, свидетельствующие о случаях проявления насилия и жестокости и наличии судимости, будут тщательно изучены и могут стать причиной отказа в предоставлении удостоверения об аттестации.

После получения полностью заполненного бланка заявления сотрудники подразделения системы здравоохранения (HSD) предоставят вам информацию, необходимую для того, чтобы приступить к проверке биографических данных, проводимой Отделом проверки биографических данных (BCU).

Подтверждение

Ставя свою подпись ниже, я подтверждаю следующее:

- предоставленная мной в этом заявлении информация является достоверной и полной;
  И
- я ознакомился(-лась), понимаю и соглашаюсь соблюдать Административные правила штата Орегон (OAR) с 415-054-0461 по 415-054-0570 с периодически вносимыми в них поправками;
  И
- Я не имею никаких фактических или потенциальных конфликтов интересов, как определено в правиле OAR 415-054-0462.

Подпись заявителя	Дата