**TRIBUNAL DE TRATAMIENTO DE DUI (manejar bajo los efectos del alcohol, por sus siglas en inglés)**

**MONITOREO 3-FASE 4**

***SOLICITUD DE TRANSICIÓN A FASE 3***

**FECHA DE PRESENTACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TELÉFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

LAS APLICACIONES ***DEBEN*** SER ENVIADAS ***1 SEMANA*** ANTES DE LA FECHA DE ELEGIBILIDAD

USTED ***DEBE*** CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES CRITERIOS PARA PASAR A LA FASE 3:

(MARQUE CON UNA 'X' SI LA COMPLETÓ)

**HA ESTADO EN FASE 2 DURANTE UN MÍNIMO DE 16 SEMANAS.**

*¿EN QUÉ FECHA PASÓ A LA FASE 2?* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿HA COMPLETADO CON ÉXITO 12 SEMANAS DE GRUPOS IOP?**

¿EN QUÉ FECHA COMPLETÓ LA IOP? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HA ENVIADO AL MENOS 4 SEMANAS DE EXÁMENES DE DROGAS EN ORINA NEGATIVOS MIENTRAS ESTÁ EN LA FASE 2**:

*¿CUÁL ES SU FECHA DE LIMPIEZA?* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (TIEMPO NO PERSONAL, TIEMPO EN EL TRIBUNAL)

**ESTÁ AVANZANDO EN EL TRATAMIENTO**

*FIRMA DEL CONSEJERO/ADMINISTRADOR DE CASOS*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TIENE 30 DÍAS DE CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA** (TOTALMENTE LIBRE DE SANCIONES)

**HA COMPLETADO 60 HORAS DE SERVICIO COMUNITARIO**

**IDENTIFIQUE 3 DE SUS MAYORES DIFICULTADES EN LA FASE 2**:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IDENTIFIQUE 3 METAS PERSONALES QUE LE GUSTARÍA LOGRAR DURANTE LA FASE 3**:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL CLIENTE FECHA FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PROGRAMA PARA APROBAR FECHA