



ROCK COUNTY HUMAN SERVICES DEPARTMENT
MEDICAL RECORDS
PO BOX 1649, 1717 CENTER AVE
JANESVILLE WI 53548

NO CONTINÚE CON EL REGISTRO SI:

- **USTED NO ES RESIDENTE DEL CONDADO DE ROCK.** Por favor visite o llame a su condado y pregunte por el Programa de Conductores Intoxicados, o, visite el siguiente cito web <https://www.dhs.wisconsin.gov/idp/directory.htm#topofpage>
- **SI NO VIVE EN WISCONSIN,** por favor llame al Departamento de Transporte de Wisconsin: 608-261-8202.
- **SI TIENE PREGUNTAS SOBRE SU LICENCIA DE CONDUCIR,** por favor llame al Departamento de Transporte de Wisconsin o al DMV: 608-261-8202, o, visite el siguiente cito web: <https://wisconsin.gov/Pages/dmv/license-drvs/susp-or-rvkd/owi.aspx>



INTOXICATED DRIVER PROGRAM/PROGRAMA PARA CONDUCTORES EBRIOS

Servicios Humanos del Condado de Rock
PO Box 1649 – Suite 210
JANESVILLE, WI 53547
Teléfono: (608) 743-2402

Inscripción en el Programa de Conductores Ebríos

Para programar una evaluación nuestra oficina requiere que usted pague el costo de \$300.00 y que complete los documentos de inscripción que se adjuntan.

- **Sírvase completar** los documentos de inscripción que se adjuntan; si no tiene la información del juzgado, déjela en blanco. Puede usar el número de una identificación del estado de Wisconsin si no tiene un número de permiso de conducción vigente.
- **Pagos aceptados:** cheque, giro postal, efectivo exacto (solo cuando se paga en persona) o tarjeta de crédito/débito.

Tasa de evaluación: \$300.00 dólares

Haga el cheque/giro postal a nombre de: **Rock County Human Services**

Hay una comisión del 3.5% si el pago se realiza con tarjeta de crédito/débito; escriba el siguiente sitio web si desea pagar con tarjeta de crédito/débito: <https://www.govpaynow.com/gps/user/cyg/plc/a004ix> o escanee el QR código que aparece a continuación.

**Seleccione "Programa para conductores intoxicados" para el tipo de pago.

- **Envíe por correo** los documentos de inscripción completados y el pago en un sobre a:

**Rock County Human Services
Intoxicated Driver Program
PO Box 1649 – Suite 210
Janesville, WI 53547
O**

**Entrega en nuestra oficina en:
1717 Center Ave
Janesville, WI 53546**



- **Nuestra oficina le llamará para programar su cita una vez que recibamos su documentación completa y el pago. Nuestro número de teléfono es 608-743-2402.**

Si usted tiene seguro medico, antes de su cita usted necesitara saber donde su proveedor de seguro lo cubrirá para Tratamiento/Consejería de Alcohol y Drogas en caso de que usted sea referido a tratamiento como resultado de su evaluación. Un cargo de \$110.00 será cobrado si su plan necesita ser enmendado en cualquier momento porque usted no sabe donde su proveedor de seguro lo cubre para tratamiento.

Si no se avisa con 24 horas de antelación, se aplicará un recargo de 110 USD por cancelación tardía/no presentarse, o si llega 10 minutos o más tarde a una cita.

Durante la cita para la evaluación, nuestra oficina le proporcionará un intérprete de español si es necesario..

Ante cualquier pregunta, llame a nuestra oficina al (608) 743-2402.

Gracias,

Personal del Programa de Conductores Ebríos del Condado de Rock

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE ROCK
INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA PARA CONDUCTORES ALCOHOLIZADOS**

SOLO PARA USO DEL PERSONAL

NÚMERO DE USUARIO _____

INFORMACIÓN ACERCA DE USTED

NOMBRE (apellido, nombre, inic. _____ DE SOLTERA/OTRO _____
segundo nombre) _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO _____ RAZA _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____

ESTADO CIVIL SOLTERO CASADO DIVORCIADO SEPARADO VIUDO

¿CUÁL ES SU DIRECCIÓN?

DIRECCIÓN (calle, número, etc.) _____

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO _____

RESIDENTE DEL CONDADO DE ROCK SÍ NO DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO _____

¿ESTÁ BAJO LA SUPERVISIÓN DEL DEPARTAMENTO PENITENCIARIO?

LIBERTAD VIGILADA/LIBERTAD SÍ NO NOMBRE DEL AGENTE _____
CONDICIONAL _____

EN UN CASO DE EMERGENCIA, ¿CON QUIÉN QUISIERA QUE NOS COMUNICÁRAMOS?

CONTACTO PARA EMERGENCIAS _____ RELACIÓN _____ TELÉFONO _____

HISTORIAL DE TRATAMIENTO: INDIQUE CUÁNDO RECIBIÓ TRATAMIENTO PARA SUD, Y EL NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL CENTRO/ORGANISMO (Proporcione esta información lo mejor que pueda)

ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO SÍ NO EN CASO AFIRMATIVO, ¿DÓNDE? _____

HISTORIAL DE TRATAMIENTO PREVIO _____

INFORMACIÓN SOBRE EL ARRESTO/JUZGADO: PROPORCIONE INFORMACIÓN SOBRE SU OWI MÁS RECIENTE (Si no está seguro de alguna de la información a continuación, deje la sección en blanco y solo complete su licencia de conducir/identificación estatal #)

NÚMERO DEL PERMISO PARA CONDUCIR _____

FECHA DE ARRESTO _____ FECHA DE CONDENA _____ NIVEL DE BAC (conc. de alcohol en sangre) _____

JUZGADO DE LA CONDENA _____

NÚMERO DE CITACIÓN _____ NÚMERO DE CAUSA DEL JUZGADO _____ CANTIDAD DE OWI EN TODA LA VIDA _____

SOLO PARA USO DEL PERSONAL

CITA CON _____	FECHA _____	HORA _____
CITA CON _____	FECHA _____	HORA _____
CITA CON _____	FECHA _____	HORA _____

Date Paid: _____ \$300.00 \$110.00 Other: _____ Staff Initial: _____

Receipt # _____ Cash Money Order Check # _____

Credit Card Payment Approval # _____ SWWDB OWI Court

Notes:

Client Informed of 'No Show' Fee

Appointment location

Client informed of Ins/\$110

Ins Coverage: ____ Yes ____ No

MOTIVO DE LA EVALUACIÓN (DESCRIBA el motivo por el que solicita servicios): _____

COMPLETE ESTA SECCIÓN

ESTUDIOS 01-11 = años de estudios completados _____
 12 = diploma de secundaria o equivalencia
 14 = algunos estudios terciarios
 16 = título universitario de grado/cuatro años
 18 = título universitario avanzado

CANTIDAD DE REUNIONES GRUPALES DE APOYO A LAS QUE HAYA ASISTIDO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS: _____

CANTIDAD DE ARRESTOS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS: _____

TIPO DE VIVIENDA: 01 = calle, refugio, sin dirección fija, sin hogar
 02 = residencia privada o familiar
 03 = residencia con apoyo o semisupervisada
 04 = instalaciones especializadas con supervisión interna
 05 = supervisión interna
 06 = cárcel o centro penitenciario
 07 = menores de 18 años que viven con los padres

EMPLEO: 1 = empleo de tiempo completo, 35 o más horas de trab.
 2 = empleo de tiempo parcial, < 35 h de trab.
 3 = desempleado buscando trabajo en los últimos 30 días
 4 = fuera de la fuerza laboral; amo de casa
 5 = fuera de la fuerza laboral; estudiante
 6 = fuera de la fuerza laboral; jubilado
 7 = fuera de la fuerza laboral; discapacitado
 8 = fuera de la fuerza laboral; en la cárcel, prisión u otra institución penitenciaria

ACTUALMENTE EMBARAZADA SÍ NO

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO AMBULATORIO

Por el presente autorizo y doy mi consentimiento para una evaluación de consumo de alcohol/drogas en instalaciones para pacientes ambulatorios del condado de Rock.

FIRMA DEL USUARIO _____

FECHA _____

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE ROCK
REQUISITOS DEL INTOXICATED DRIVER PROGRAM/PROGRAMA PARA
CONDUCTORES ALCOHOLIZADOS

Teléfono: 608-743-2402

Tenga a bien leer esta información. El evaluador repasará esta información con usted durante su cita, pero es su responsabilidad comprender los requisitos de este programa.

- Su cita de hoy incluirá la firma de formularios de los requisitos del IDP/Programa para conductores alcoholizados y relacionados con HIPAA, la firma de su Plan de seguridad de conducir y una autorización escrita para obtener registros de sus proveedores de tratamiento.
- También incluirá una entrevista oral con un consejero para problemas de abuso de alcohol y drogas, en cual momento se harán recomendaciones para un Plan de seguridad de conducir apropiado.
- Se espera que se abstenga de consumir alcohol o drogas ilícitas el día de la evaluación.
- Antes de su cita, si tiene seguro de salud, será su responsabilidad determinar dónde su compañía de seguro proporciona cobertura de tratamiento ambulatorio para problemas de abuso de trastorno por uso de sustancias (SUD). Si usted es referido a tratamiento para SUD y el centro que usted elija para su Plan de seguridad de conducir durante la cita de su evaluación no está cubierto por su seguro, o sea, si tiene que cambiar de proveedor para su Plan de seguridad del conductor, **se le cobrará una tasa de \$110** por la modificación de su plan. Si opta voluntariamente por ir a un proveedor de tratamiento que no sea el que haya elegido originalmente para su Plan de seguridad del conductor, también se le cobrarán los \$110.

Si su seguro de salud no proporciona cobertura para tratamiento para SUD, será responsabilidad suya averiguar qué opciones tiene y saber a qué centro de tratamiento para SUD (en el caso de que sea referido) quisiera ser derivado. Una vez más, le recordamos que modificar el plan después le costaría \$110.

- En un plazo 72 horas (3 días hábiles) después de que firme su Plan de seguridad de conducir, deberá comunicarse con su proveedor de instrucción/tratamiento para programar una cita. No hacerlo podría dar lugar a un informe de incumplimiento enviado al Departamento de Transporte.
- No firmar el Plan de seguridad del conductor o no seguir el procedimiento indicado anteriormente dará lugar a que se envíe un informe de incumplimiento al Departamento de Transporte y a que usted pierda su autorización para conducir vehículos. El Plan de seguridad del conductor firmado es válido por un año a partir de la fecha de evaluación que figure en el plan.
- Es responsabilidad suya encargarse de que la documentación que demuestre el cumplimiento de los requisitos de su Plan de seguridad de conducir sea entregado a nuestra oficina antes de la fecha de vencimiento del plan. Los requisitos podrán incluir: 1) Alta satisfactoria del tratamiento (el costo del tratamiento deberá estar pagado en su totalidad); 2) Haber completado el programa de Dinámica de grupos (Group Dynamics) o bien el de delincente múltiple (Multiple Offender).
- Si considera que los resultados de su evaluación son incorrectos o que las recomendaciones incluidas en su Plan de seguridad de conducir son inadecuadas, tiene derecho a apelar conforme al procedimiento establecido después de la finalización de la evaluación. Si tiene preocupaciones acerca de su evaluación o recomendaciones, consulte con su asesor acerca del procedimiento correspondiente.
- Si se produce un nuevo incidente de OWI (operación de un vehículo estando alcoholizado o drogado) durante el período de su Plan de seguridad de conducir, el Departamento de Transporte lo considerará en situación de incumplimiento. En ese caso, comuníquese con nuestra oficina para solicitar revisión/información.
- Dirección/teléfono: es su responsabilidad avisar a la oficina del Programa para conductores alcoholizados de cualquier cambio en su teléfono o dirección postal personales.

He leído y comprendo la información anterior.

Firma del usuario: _____

Fecha: _____

LISTA DE PROVEEDORES DE TRATAMIENTO**SÍRVASE LEER, FIRMAR Y ENVIAR DE VUELTA ESTA FORMULARIO CON SU INSCRIPCIÓN Y PAGO.**

*Conserve la copia adicional para su propio uso. Después de la evaluación, el evaluador lo derivará a que complete una clase instructiva (Blackhawk Tech) **Q** un programa de orientación psicológica. **El evaluador determinará a qué se lo derive.** ANTES de su cita, comuníquese con su compañía de seguro para comprobar adónde podría recibir orientación psicológica ambulatoria con su cobertura. Si no tiene seguro de salud, comuníquese con los proveedores de tratamiento de la siguiente lista que estén marcados con ** para determinar cuál elegir. Si prefiere o tiene cobertura en un lugar que esté fuera del condado de Rock, comuníquese con nuestra oficina para determinar si dicho proveedor estaría aprobado.

Firma del usuario		Fecha	
BELOIT HEALTH SYSTEM CENTRO DE ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA	Tratamiento ambulatorio	1969 W. Hart Rd Beloit, WI 53511	364-5686 363-5756 fax
CROSSROADS**	Tratamiento ambulatorio	17 S River St. Suite 254 Janesville, WI 53548	755-5260 755-5267 fax
LUTHERAN SOCIAL SERVICES**	Tratamiento ambulatorio Disponemos de intérpretes	612 N Randall Ave Janesville, WI 53545 1850 Cranston Rd Beloit, WI 53511	752-7660
MERCY OPTIONS	Tratamiento ambulatorio Mercy Care Insurance Disponemos de intérpretes	903 Mineral Point Ave Janesville, WI 53548 1400 E Inman Pkwy Beloit, WI 53511	756-5555 756-0174 fax
BELOIT COMPREHENSIVE TREATMENT CENTER**	Tratamiento ambulatorio Adicciones a opiáceos	2240 Prairie Ave #10 Beloit, WI 53511	856-6737
BELOIT AREA COMMUNITY HEALTH CENTER**	Tratamiento ambulatorio	74 Eclipse Center Beloit, WI 53511	313-3372
AMS**	Tratamiento ambulatorio	1312 Barberry Dr. Suite 110 Janesville, WI 53545	758-1944
CLEANSLATE**	Tratamiento ambulatorio - Opiáceo/Alcohol MAT (Vivitrol & Suboxone)	101 E Milwaukee St. Suite 315 Janesville, WI 53545	305-0201
Solo para fines informativos	Costo de las clases instructivas si se lo deriva a una	Ubicaciones ofrecidas	Teléfono
BLACKHAWK TECHNICAL COLLEGE	Group Dynamics (Dinámica de grupos) Multiple Offender (Infracciones múltiples) Precio/Información de la clase: https://blackhawk.coursestorm.com/	6004 S County Rd G Janesville, WI 53546 210 4 th Avenue Monroe, WI 53566	757-7630

**Estos proveedores arreglarán un plan de pago en efectivo con usted si no tiene seguro de salud.

Tenga presente que el costo, y días y horarios de tratamiento están sujetos a cambios. Llame al proveedor para obtener la información más actualizada.

ROCK COUNTY HUMAN SERVICES DEPARTMENT
Servicios ambulatorios

Reconocimiento de la política de prestación de servicios en estado de embriaguez o Abstinencia

Rock County Outpatient Services se esfuerza por proporcionar atención y servicios de calidad para todos los clientes, tratando a todos los que servimos con dignidad y respeto. También tenemos la obligación de proteger la seguridad de nuestros clientes y de la comunidad siempre que sea posible. Este documento es para informarle de nuestra política con respecto a la prestación de servicios a los clientes que están intoxicados, en un estado de abstinencia o con el potencial de abstinencia, y / o conducir en estado de embriaguez.

La política de Rock County Outpatient Services es que si usted se presenta a los servicios en un estado de intoxicación o abstinencia, el personal evaluará su capacidad para participar en los servicios, y para cualquier preocupación médica o de seguridad.

Si se determina que no puede participar en los servicios ese día, el personal elaborará un plan de seguridad con usted y reprogramará sus servicios para otro día. Si ha venido en coche para recibir los servicios, el plan de seguridad incluirá la identificación de un medio de transporte alternativo.

Si decide irse, con el plan de conducir usted mismo, antes de la finalización del plan de seguridad el personal llamará al 911 para informar de la preocupación de un conductor intoxicado. En esta situación, el personal sólo proporcionará información sobre los signos de intoxicación observados o discutidos y suficiente información demográfica para permitir que las fuerzas del orden se pongan en contacto con usted para garantizar su seguridad y la del público. No se compartirá ninguna otra información confidencial.

Entendemos que la recuperación es un proceso, que el cambio lleva tiempo y que usted busca servicios que le ayuden a alcanzar sus objetivos de recuperación. Todas las medidas que se tomen se harán únicamente con el objetivo de mantener su seguridad y la de nuestra comunidad. Si usted está luchando con el uso, por favor asegúrese de que tiene un transporte seguro hacia y desde sus servicios; el personal puede ayudarle a organizar un transporte seguro antes de tiempo si así lo solicita.

Al firmar a continuación, indica que ha leído y comprendido la política anterior. Usted se compromete a organizar un transporte seguro para ir y volver de sus citas si lo necesita o lo solicita. También reconoce que el personal puede compartir la información mencionada anteriormente con las fuerzas del orden en caso de que abandone el edificio sin asegurarse un transporte seguro. Usted reconoce que ha tenido la oportunidad de discutir esta política con el personal y que todas sus preguntas han sido respondidas adecuadamente.

Firma del cliente

Fecha

Firma del testigo

Fecha