

## VIRGINIA ALCOHOL SAFETY ACTION PROGRAM

### ACUERDO DE PARTICIPAR

*Lea cada declaración y escriba sus iniciales en la línea que sigue a cada declaración.*

**As an ASAP participant, you are subject to the following program rules. These rules apply if you are enrolled as a court referral or if you are enrolled satisfying a DMV requirement.**

**Como participante de ASAP, está sujeto a las siguientes reglas del programa. Estas reglas se aplican si está inscrito como referencia judicial o si está inscrito cumpliendo con un requisito del DMV.**

Entiendo que debo reunirme con mi administrador de casos ASAP según se considere necesario.

\_\_\_\_\_

Entiendo que soy responsable de mantener informado a mi administrador de casos sobre cualquier cambio de dirección y cambio de números de teléfono. \_\_\_\_\_

Entiendo que soy responsable de informar a mi administrador de casos sobre cualquier infracción penal o de tránsito nueva. \_\_\_\_\_

Entiendo que soy responsable de informar a mi administrador de casos sobre cualquier otro cambio que pueda afectar mi participación en ASAP. \_\_\_\_\_

Entiendo que debo pagar la tarifa ASAP en su totalidad o establecer un plan de pago, al cual me adheriré. Esto se aplica únicamente a la participación ordenada por un tribunal. \_\_\_\_\_ (El pago completo se debe al momento de la inscripción para los casos del DMV)

Entiendo que soy responsable de pagar una tarifa de reprogramación de \$ 25 por citas o clases perdidas de ASAP. \_\_\_\_\_

Entiendo que soy responsable de pagar los costos de cualquier servicio de tratamiento que pueda recibir directamente al proveedor del tratamiento. \_\_\_\_\_

Entiendo que estoy obligado a participar activamente en las clases de educación ASAP. \_\_\_\_\_

Entiendo que debo asistir a todas las clases de educación y sesiones de tratamiento de ASAP sin alcohol ni drogas ilícitas. \_\_\_\_\_

Entiendo que debo seguir con éxito el plan de tratamiento prescrito por el proveedor de tratamiento o mi caso quedará en estado de incumplimiento. \_\_\_\_\_

Entiendo que debo asistir a todas las sesiones de tratamiento educativo y cumplir con las políticas de asistencia. \_\_\_\_\_

Entiendo que debo someterme a una prueba de aliento cuando lo solicite un representante de ASAP. \_\_\_\_\_

Entiendo que, si tengo una orden judicial de permanecer en abstinencia, no se me permitirá beber alcohol en ningún momento ni usar drogas ilícitas y que se me exigirá que me someta a pruebas de drogas y alcohol. \_\_\_\_\_

Entiendo que una prueba positiva de alcohol, uso de drogas ilícitas o una violación del dispositivo de interbloqueo de encendido resultará en la reclasificación de mi caso y puede resultar en que mi caso sea devuelto a la corte, si está bajo la jurisdicción de la corte. \_\_\_\_\_

Entiendo que debo adherirme a este acuerdo de participación y que el incumplimiento dará como resultado que mi caso sea devuelto a la corte por incumplimiento. Además, entiendo que si estoy inscrito para cumplir con un requisito del DMV, mi incumplimiento puede dar lugar a que mi caso se cierre por no tener éxito. \_\_\_\_\_

Entiendo que el Código de Virginia requiere que ingrese y complete con éxito un Programa de Acción de Seguridad contra el Alcohol (ASAP) para que se restablezca mi licencia. Entiendo que si no completo el ASAP en este momento, puedo volver a inscribirme en un momento posterior y tendré que pagar la(s) tarifa(s) de inscripción requerida(s) y cualquier saldo pendiente de ASAP. \_\_\_\_\_

**I HAVE READ THE ABOVE AND FULLY UNDERSTAND THE TERMS AND CONDITIONS OF MY PARTICIPATION IN ASAP.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente (letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma de Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha (Date)