

**SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ADULTOS DEL TRIBUNAL DE CASOS DE DROGAS DEL
CONDADO DE MARION**

Marion County Judicial Center
110 NW 1st Avenue, Room 1-1062, Ocala, Florida 34475

**LAS SOLICITUDES SERAN EVALUADAS POR EL PERSONAL DEL TRIBUNAL DE CASOS DE DROGAS Y
POR LA OFICINA DE LA FISCALIA**

IMPORTANTE: El/la acusado/a debe revisar los folletos que corresponden al programa del Tribunal de Casos de Drogas para el cual él/ella y su abogado/a defensor/a (si se aplica) crean que reúna las calificaciones.

Los párrafos siguientes describen brevemente los procedimientos de las solicitudes de cada Tribunal de Casos de Drogas del Condado de Marion:

1. **TRIBUNAL DEL CONDADO DE MARION DE CASOS DE DELITOS MENORES DE DROGAS (MDC por sus siglas en inglés):** El/la acusado/a contacta al/a la Administrador/a de Casos del Tribunal al (352)401-8146 para hacer una cita de evaluación de la solicitud y para determinar la idoneidad del/de la solicitante para el programa. Durante la cita, el/la solicitante entregará la solicitud adjunta, el formulario de Permiso para Acceder Información y la tarifa de solicitud de \$25.00 no reembolsable, a la oficina del Tribunal de Casos de Drogas en el Marion County Judicial Center (la dirección aparece abajo). **La tarifa de solicitud de este programa se debe pagar antes de o en el momento de someter la solicitud.** La solicitud se envía a la oficina del Fiscal para determinar si el/la solicitante reúne las calificaciones legales y también será evaluada por el Personal del Tribunal de Casos de Drogas, el cual puede incluir al/a la abogado/a y al/a la Juez que preside el caso. El/la juez presidente revisará la recomendación del Personal del Tribunal de Casos de Drogas y el/la Asistente Fiscal avisa al equipo sobre la posición de la Fiscalía con respecto a la solicitud del/de la acusado/a. Se presenta una recomendación al juez de primera instancia junto con una propuesta orden de reasignación, si fuera necesario.
2. **PROGRAMA ALTERNO DEL TRIBUNAL DE CASOS DE DELITOS GRAVES DE DROGAS COMETIDOS POR ADULTOS (FDDC por sus siglas en inglés):** Este programa es un Tribunal de Casos de Drogas que se realiza antes de la presentación de una declaración de culpable y antes de haberse emitido un fallo de culpabilidad en casos de delitos graves. El/la acusado/a contacta al/a la Administrador/a del Caso al (352) 401-7886 para hacer una cita de evaluación de la solicitud y de determinación de la idoneidad del/de la solicitante para el programa. El/la solicitante enviará por correo, hará que se entregue personalmente o enviará la solicitud adjunta y el formulario de Permiso para Acceder Información a la oficina del Tribunal de Casos de Drogas en el Centro Judicial del Condado de Marion (dirección y número de oficina, abajo). Este programa no requiere una tarifa de solicitud sino una tarifa mensual de \$60.00 pagadera al principio de cada mes mientras que el/la acusado/a siga en el programa. La solicitud se envía a la oficina del Fiscal para determinar si el/la solicitante reúne las calificaciones legales y también será evaluada por el Equipo del Personal del Tribunal de Casos de Drogas, el cual puede incluir al/a la abogado/a y al/a la Juez que preside el caso. El Juez presidente revisará la recomendación del Equipo del Personal del Tribunal de Casos de Drogas y el/la Asistente Fiscal avisa al equipo sobre la posición de la Fiscalía con respecto a la solicitud del/de la acusado/a. Se presenta una recomendación al juez asignado al juicio junto con una propuesta orden de reasignación, si viene al caso. El Juez también puede emitir una orden de transferencia para colocar el caso del acusado en la lista de causas del Programa Alterno del Tribunal de Casos de Delitos Graves de Drogas.
3. **TRIBUNAL CONTRA DROGAS PARA ADULTOS EN CASOS DE DELITOS MAYORES, POST SENTENCIA (Y VISTA PRELIMINAR) (AFDC/Tribunal antidrogas sin expansión):** El acusado se comunica con el administrador del caso llamando al (352) 401-7886 para fijar una fecha para revisar la solicitud o el programa. El solicitante enviará por correo, hará que se entregue en persona, o enviará la solicitud adjunta y la publicación de la información a la oficina del Programa contra drogas de Marion County Judicial Center (la dirección aparece abajo). El cobro por la solicitud es de \$ 35.00, con un pago mensual de \$135.00 a pagarse al inicio de cada mes que el acusado esté en el programa. Se envía la solicitud llena a la Oficina de la fiscalía para determinar si califica para este programa específico, y esta también puede ser revisada por el personal del programa antidrogas que puede incluir al abogado del acusado y al juez que preside.
4. **PROGRAMA DE EXPANSIÓN DEL TRIBUNAL DE CASOS DE DROGAS (en vez de prisión):** El/la acusado/a puede contactar al/a la Administrador/a del Caso al (352) 401-6725 o al (352) 401-7894 para programar una cita para revisar el programa o evaluar la solicitud. El/la solicitante enviará por correo, hará que se entregue personalmente, o enviará la solicitud adjunta, y el formulario de Permiso para Acceder Información a la oficina del Tribunal de Casos de Drogas en el Centro Judicial del Condado de Marion (dirección y número de oficina, abajo). La tarifa de solicitud de este programa* es de \$35.00 con una tarifa

8/05/20

1
Los programas contra drogas del condado de Marion no discriminan a solicitantes calificados en base a raza, color, religión, género, edad, origen nacional, estado marital, discapacidades, estado socioeconómico o estado de veteranos o de otro modo prohibido por leyes locales, estatales o federales.

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ADULTOS DEL TRIBUNAL DE CASOS DE DROGAS DEL CONDADO DE MARION

Marion County Judicial Center

110 NW 1st Avenue, Room 1-1062, Ocala, Florida 34475

LAS SOLICITUDES SERAN EVALUADAS POR EL PERSONAL DEL TRIBUNAL DE CASOS DE DROGAS Y POR LA OFICINA DE LA FISCALIA

mensual de \$25.00, pagadera al principio de cada mes mientras el/la acusado/a siga en el programa. La solicitud se envía a la oficina del Fiscal para determinar si el/la solicitante reúne las calificaciones legales de este programa específico y también será evaluada por el Equipo del Personal del Tribunal de Casos de Drogas, el cual puede incluir al/a la abogado/a y al/a la Juez/a que preside el caso.

5. Cuando haya sido aceptado al programa, el/la acusado/a asiste a la próxima audiencia del Tribunal de Casos de Drogas, conforme con la orden del tribunal y las instrucciones del/de la Administrador/a de Casos de Drogas.
6. **PAGOS:** Los pagos por la solicitud y participación en el Programa antidrogas de Marion no son reembolsables y deben hacerse por medio de un giro postal ("money order" en inglés) a nombre de: MARION COUNTY BOCC. También se aceptan tarjetas de crédito o de débito.

*Se pueden pagar las tarifas de AFDC y el Programa de Expansión del Tribunal de Casos de Drogas (números 3 y 4 solamente) cuando el/la participante haya sido aceptado al programa.

IMPORTANTE: Por favor marque para indicar el programa para cual, en su opinión o en la de su abogado, usted califica. **

(**vea los folletos de los programas para los detalles sobre razones para aceptar o rechazar a un solicitante)

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tribunal del Condado de Marion de Casos de Delitos Menores de Drogas Cometidos por Adultos | <input type="checkbox"/> Programa Alterno del Tribunal de Casos de Delitos Graves de Drogas Cometidos Por Adultos (pre-declaración/pre-sentencia) | <input type="checkbox"/> Tribunal Contra Drogas Para Adultos en Casos de Delitos Mayores, Post declaración | <input type="checkbox"/> Programa de Expansión Post Sentencia del Tribunal de Casos de Drogas |
|--|--|---|--|

1. DATOS PERSONALES: (POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA)

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Sufijo del nombre: _____

Alias: _____

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Licencia de conducir, estado: _____, Número de lic. de conducir/identificación _____ Estado de la licencia: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____

Teléfono(s): _____ Celular: _____, correo electrónico: _____

Condiciones de vida: ___ vive solo, ___ sin hogar, ___ Vivo con (Nombre/Relación): _____

Sexo: ___ Masculino ___ Femenino ___ Otro

Fecha de Nacimiento (mes/día/año): ____/____/____, Estado civil: Soltero/a Casado/a Separado/a

Divorciado/a Viudo/a

**SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ADULTOS DEL TRIBUNAL DE CASOS DE DROGAS DEL
CONDADO DE MARION**

Marion County Judicial Center

110 NW 1st Avenue, Room 1-1062, Ocala, Florida 34475

**LAS SOLICITUDES SERAN EVALUADAS POR EL PERSONAL DEL TRIBUNAL DE CASOS DE DROGAS Y
POR LA OFICINA DE LA FISCALIA**

Raza/grupo étnico: Afroamericana/o, Blanca/o, Multirracial, Asiático/a o de las islas del
Pacífico Hispano/Latino, Indígena, Otro: _____

Nombre de esposo/a o conviviente:

MENORES: (Use la última página si necesita más espacio)

Nombre: _____ Vive con el/la solicitante: Sí, No, Vive con:

Asiste a la escuela: Sí, No, Escuela a la cual
asiste _____

Fecha de Nacimiento (mes/día/año): _____ / _____ / _____ Edad: _____

Sexo: Varón Hembra Otro

Nombre: _____ Vive con el/la solicitante: Sí, No, Vive con:

Asiste a la escuela: Sí, No, Escuela a la cual
asiste _____

Fecha de Nacimiento (mes/día/año): _____ / _____ / _____ Edad: _____

Sexo: Varón Hembra Otro

Nombre: _____ Vive con el/la solicitante: Sí, No, Vive con:

Asiste a la escuela: Sí, No, Escuela a la cual
asiste _____

Fecha de Nacimiento (mes/día/año): _____ / _____ / _____ Edad: _____

Sexo: Varón Hembra Otro

Manutención de menores: No Aplicable Estoy pagando y estoy al día, Estoy pagando y NO estoy al día
 No estoy pagando, Hay una acción de cumplimiento por orden de manutención

Otros que viven en el hogar que no constan arriba:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

**SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ADULTOS DEL TRIBUNAL DE CASOS DE DROGAS DEL
CONDADO DE MARION**

Marion County Judicial Center
110 NW 1st Avenue, Room 1-1062, Ocala, Florida 34475

**LAS SOLICITUDES SERAN EVALUADAS POR EL PERSONAL DEL TRIBUNAL DE CASOS DE DROGAS Y
POR LA OFICINA DE LA FISCALIA**

2. HISTORIAL DELICTIVO: (ESCRIBA EN LETRAS DE MOLDE)

¿Alguna vez se le ha imputado un delito violento o de índole sexual, aparte de cualquier delito de violencia domestica?

___ Sí ___ No Si respondió que sí: ¿De qué delito(s)?:

¿Alguna condena previa de violencia doméstica? ___ Sí ___ No ¿Alguna orden de arresto pendiente? ___ Sí ___ No

¿Actualmente cumple una sentencia de probatoria?: ___ Sí ___ No Agente de probatoria:

¿Previas faltas de comparecencia?: ___ Sí ___ No Cuántas veces: _____ ¿Previas condenas por incumplimiento de las condiciones de la probatoria? ___ Sí ___ No

¿Tiene cargos pendientes en otro(s) condado(s)? ___ Sí ___ No

Si respondió que sí, ¿en qué condado(s)? _____

Si respondió que sí hay cargos pendientes en otro(s) condado(s), ¿cuáles son los cargos?

Nombre del juez asignado ACTUALMENTE al caso penal: _____

| FECHA DE ARRESTO | CARGOS PENDIENTES ACTUALMENTE (incluya todos los cargos) | Número de la causa |
|------------------|--|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| FECHA DE ARRESTO | HISTORIAL DELICTIVO (incluya todos los cargos) | CIUDAD/ESTADO |
|------------------|--|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ADULTOS DEL TRIBUNAL DE CASOS DE DROGAS DEL CONDADO DE MARION

Marion County Judicial Center

110 NW 1st Avenue, Room 1-1062, Ocala, Florida 34475

LAS SOLICITUDES SERAN EVALUADAS POR EL PERSONAL DEL TRIBUNAL DE CASOS DE DROGAS Y POR LA OFICINA DE LA FISCALIA

TRIBUNAL DE CASOS DE PROTECCION DE MENORES (“DEPENDENCY” en inglés)

¿Tiene un caso actual de Protección de menores (“Dependency” en inglés)? Sí No

Nombre del Trabajador Social de FFN: _____

¿Hubo un caso anterior de Protección de Menores? Sí No Si respondió “Sí”, año y resultado:

PARTICIPACION PREVIA EN EL TRIBUNAL DE CASOS DE DROGAS, DE VETERANOS, O DE SALUD MENTAL:

Historial de participación previa: Ninguna, Completó exitosamente, Sin éxito, Evadió

Otra: _____

3. HISTORIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS (POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA)

⇒ **IMPORTANTE: DEBE completar esta parte para que le consideren para participar en el Tribunal de Casos de Drogas** ⇐

Consumo Actual de Sustancias: Sí No

Consumo previo de sustancias: Sí No

Consumo Actual de Drogas IV (intravenosas): Sí No

Historial de consumo de Drogas IV: Sí No

¿Ha sido arrestado estando bajo los efectos de alguna sustancia nociva? Sí, No

¿Qué edad tenía cuando empezó a tomar alcohol? _____, ¿Qué edad tenía cuando empezó a consumir cualquier otra sustancia? _____

¿Ha participado previamente en algún programa de tratamiento por abuso de sustancias nocivas? Sí, No,

Explique: _____

¿Toma medicamento(s) actualmente?: Sí, No, Si respondió “Sí”, el medicamento trata una condición: física, psicológica, ambas

Medicamento(s): _____

¿Tiene una tarjeta de autorización de consumo de marihuana? Sí, No, Si respondió “Sí”, Proveedor:

**SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ADULTOS DEL TRIBUNAL DE CASOS DE DROGAS DEL
CONDADO DE MARION**

Marion County Judicial Center

110 NW 1st Avenue, Room 1-1062, Ocala, Florida 34475

**LAS SOLICITUDES SERAN EVALUADAS POR EL PERSONAL DEL TRIBUNAL DE CASOS DE DROGAS Y
POR LA OFICINA DE LA FISCALIA**

¿Ha recibido tratamiento médico para el abuso de sustancias nocivas? (“Medically Assisted Treatment”, en inglés)? (por ejemplo Metadona, Suboxona etc): ___ Sí, ___ No,

Medicamentos de tratamiento con asistencia médica, (MAT o “Medically Assisted Treatment” en inglés) nombre del medicamento: _____ recetado por: _____

MARQUE CON UN CÍRCULO EL “1” SI ES LA DROGA QUE UD. PREFIERE COMO SU PRIMERA OPCIÓN: (marque **TODAS** las sustancias de esa categoría)

MARQUE CON UN CÍRCULO “2” SI ES LA DROGA QUE UD. PREFIERE COMO UNA SEGUNDA OPCIÓN: (marque **TODAS** las sustancias de esa categoría)

MARQUE CON UN CIRCULO “P” SI HA PROBADO ALGUNA VEZ ESTA SUSTANCIA: (marque **TODAS** las sustancias de esa categoría)

| 1 = PRIMERA OPCIÓN 2 = SEGUNDA OPCIÓN P = PROBADA | SUSTANCIA (Incluya también las sustancias con recetas médicas) | EDAD cuando probó por primera vez | FECHA DE LA ÚLTIMA VEZ QUE CONSUMIÓ LA SUSTANCIA |
|--|--|--|---|
| 1 2 P | Alcohol | | |
| 1 2 P | Marihuana-Cannabinoides | | |
| 1 2 P | Cocaina o “Crack” | | |
| 1 2 P | Metanfetamina | | |
| 1 2 P | RECETADAS/ “RX”: Estimulantes – Anfetaminas – Adderall, Ritalin etc. | | |
| 1 2 P | Metadona (incluya, aunque sea con receta médica) | | |
| 1 2 P | RECETADAS/ RX: Opiáceos – Oxy, Roxy, Lortab, Fentanyl etc. | | |
| 1 2 P | Heroína | | |
| 1 2 P | Esteroides o Inhalantes | | |
| 1 2 P | Disociativas: Ketamina (“Special K” en inglés), Feniciclidina (“PCP” en inglés), DXM | | |
| 1 2 P | Salvia (alucinógena) | | |
| 1 2 P | “Spice” (en inglés) – Marihuana sintética | | |
| 1 2 P | Sales de baño (“Bath Salts” en inglés) | | |
| 1 2 P | MDPV- “Molly” | | |
| 1 2 P | Alucinógenas: LSD, Mescalina, Psilocibina (“Mushrooms” en inglés) etc. | | |
| 1 2 P | MDMA (Pastillas de éxtasis) Rohipnol, GHB | | |
| 1 2 P | RECETADAS/RX: Drogas Depresivas – Benzodiazepina – Xanax, Quaaludes, Valium etc. | | |
| 1 2 P | Kratom | | |
| 1 2 P | Tabaco (de fumar, de masticar o de tipo “dip” en inglés) | | |
| 1 2 P | OTRAS: | | |

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ADULTOS DEL TRIBUNAL DE CASOS DE DROGAS DEL CONDADO DE MARION

Marion County Judicial Center
110 NW 1st Avenue, Room 1-1062, Ocala, Florida 34475

LAS SOLICITUDES SERAN EVALUADAS POR EL PERSONAL DEL TRIBUNAL DE CASOS DE DROGAS Y POR LA OFICINA DE LA FISCALIA

4. HISTORIAL DE EMPLEO: (POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA)

Empleo actual: ___ A tiempo completo, ___ A tiempo parcial, ___ Desempleado/a, ___ Discapacitado/a, ___ Jubilado/a
___ Estudiante.

Si tiene empleo ahora:

Nombre del empleador actual:

Número medio de horas que trabaja por semana: _____, Tiempo que lleva trabajando para su empleador actual:

___ Meses, ___ Años

Fuente principal de ingresos:

___ Salario, ___ Pagos por ser discapacitado/a, ___ Ayuda de familiares, ___ Ayuda de padres de crianza, ___ Ayuda de padres adoptivos, ___ Plan de retiro,

___ Seguro Social, ___ Pagos de Seguro Social a personas discapacitadas, ___ Beneficios de Veteranos,

___ SNAP/AFDC, ___ Indemnización a trabajadores lesionados (“Workers Comp” en inglés)

___ Ningún ingreso ___ Other:

Historial de empleos (trabajo previo & y la razón porque no sigue en ese trabajo): _____

¿Qué tipo de trabajo le interesa? _____

Describe cualquier participación en trabajo de voluntario: _____

Describe su participación en la comunidad o en su iglesia: _____

SERVICIO MILITAR

¿Cuántos años de servicio? _____ ¿En qué rama de las fuerzas armadas y en qué rango?

¿Tiene un DD214? ___ Sí, ___ No, Tipo de cesantía: _____

¿Se ha inscrito para recibir servicios de la VA? ___ Sí, ___ No

Otra información relacionada a su servicio militar:

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ADULTOS DEL TRIBUNAL DE CASOS DE DROGAS DEL CONDADO DE MARION

Marion County Judicial Center
110 NW 1st Avenue, Room 1-1062, Ocala, Florida 34475

LAS SOLICITUDES SERAN EVALUADAS POR EL PERSONAL DEL TRIBUNAL DE CASOS DE DROGAS Y POR LA OFICINA DE LA FISCALIA

5. ACCESO A LA TRANSPORTACIÓN: (POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA)

Tengo buen transporte,

EXPLIQUE: _____

No tengo buen transporte, Si respondió que NO por favor EXPLIQUE cómo piensa llegar a los tratamientos, al trabajo, a las pruebas de detección de drogas, al tribunal, etc.

¿Tiene la licencia de conducir válida? Sí, No, Si respondió que NO, EXPLIQUE:

Si no tiene la licencia de conducir válida, ¿qué falta por hacer o qué necesita para que vuelva a estar válida?

¿Es usted dueño/a de un vehículo o tiene un vehículo bajo contrato de alquiler?: Sí, No, Marca & Modelo del/de los vehículo(s): _____

SOLICITUD DEL PROGRAMA PARA ADULTOS, CONTRA EL USO DE DROGAS DEL CONDADO DE MARION

Marion County Judicial Center
110 NW 1st. Ave. Oficina 1-1027 Ocala, Fl. 34475

LAS SOLICITUDES SERÁN REVISADAS POR EL PERSONAL DEL PROGRAMA ANTIDROGAS Y POR LA OFICINA DE LA FISCALÍA

6. ANTECEDENTES EDUCATIVOS: (POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA)

Grado más alto de educación que completó:

No tengo diploma de educación secundaria; último año que completé: grado GED diploma de educación secundaria.

Asistí en parte un programa tecnológico Me gradué del programa tecnológico

Especialidad / área de estudio

Asistí en parte a la universidad Completé un programa de dos años de masterado

Especialidad / área de estudio

Completé un programa post universitario de cuatro años

Especialidad / área de estudio

Diploma avanzado Especialidad / área de estudio

Actualmente estoy asistiendo a una escuela, nombre de la escuela:

Si usted no tiene un diploma de educación secundaria o un GED, ¿por qué se retiró?

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ADULTOS DEL TRIBUNAL DE CASOS DE DROGAS DEL CONDADO DE MARION

Marion County Judicial Center

110 NW 1st Avenue, Room 1-1062, Ocala, Florida 34475

LAS SOLICITUDES SERAN EVALUADAS POR EL PERSONAL DEL TRIBUNAL DE CASOS DE DROGAS Y POR LA OFICINA DE LA FISCALIA

¿Tuvo usted un programa educativo individualizado (IEP) cuando estaba asistiendo a la escuela?

Sí No No estoy seguro

¿Tuvo servicios adicionales mientras estudiaba en la escuela (tutoría, clases especializadas, consejería, otro tipo de terapias)?

¿Qué dificultades tuvo en la escuela, si es que tuvo?

7. VIDA EN EL HOGAR: (POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA)

Número de veces que se ha mudado en los últimos tres años _____

Comentarios: _____

Periodo de tiempo en su dirección actual: _____

Comentarios: _____

Describe la situación de su hogar: (relacional)

¿Tiene usted amigos o parientes cercanos en quien pueda confiar para que le ayuden a recuperarse?

Sí No

¿Tiene usted amigos o parientes cercanos involucrados en el sistema judicial penal?

Sí No

Si su respuesta es sí a cualquiera de las dos preguntas anteriores, ¿quiénes son?

8. HISTORIA DE SALUD Y DE TRAUMAS

Historial de condiciones médicas: Sí No

Explique: _____

Fecha de examen físico más reciente: _____ Médico primario: _____

Historial de enfermedades contagiosas: hepatitis B, hepatitis C, hepatitis A,

SIDA, tuberculosis, COVID 19, otros: _____

Historial de estado de salud mental: Sí No

Explique: _____

¿Está embarazada? Sí No N/A Médico: _____

TRAUMA / PÉRDIDA: ¿Ha tenido algún trauma o pérdida significativo en su vida? (Por ejemplo: pérdida de un familiar o un amigo, una tragedia, abuso, etc.)

POR FAVOR, DESCRIBA POR QUÉ PIENSA USTED QUE ESTE PROGRAMA LE BENEFICIARÁ:

**SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ADULTOS DEL TRIBUNAL DE CASOS DE DROGAS DEL
CONDADO DE MARION**

Marion County Judicial Center

110 NW 1st Avenue, Room 1-1062, Ocala, Florida 34475

**LAS SOLICITUDES SERAN EVALUADAS POR EL PERSONAL DEL TRIBUNAL DE CASOS DE DROGAS Y
POR LA OFICINA DE LA FISCALIA**

AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN

El propósito de, y la necesidad de este intercambio de información es el de proporcionar información acerca de mi calificación para, y mi participación en este proceso de pruebas y solicitud para participar en el Programa judicial contra uso de drogas del condado de Marion. La información a intercambiarse puede incluir información sobre cualquier diagnóstico que incluirá, sin limitación a historial médico, incluyendo evaluaciones actuales, diagnósticos, tratamiento y medicinas, informes de antecedentes penales y de arrestos, riesgos y evaluaciones de alcoholismo y uso de otras sustancias, e información de diagnóstico.

El equipo del Programa judicial contra uso de drogas del condado de Marion está conformado por:

El juez que preside, el sub fiscal, el asistente del abogado de oficio u otro abogado de la defensa, coordinador/administrador del caso, un funcionario de la Oficina de la administración de las cortes, personal del Programa contra uso de drogas, representante local de agencia del orden público, representante del Departamento de Probatoria del condado de Marion y/o del correccional / penitenciaría. También se incluye a la Organización de reintegración a la sociedad, proveedores de tratamientos y evaluadores del programa, según sea necesario.

Estoy de acuerdo en que la revelación de la información de tratamientos y la solicitud de ingreso y pruebas de laboratorio, antes de la terminación del programa judicial en contra del uso de drogas del condado de Marion, sentencia y/o revocación de este consentimiento no serán una infracción de mi derecho a confidencialidad.

Entiendo que cualquier información respecto a tratamiento de abuso de sustancias y de salud mental está sujeta a la parte 2 del título 42 del código de regulaciones federales (42CFR, parte 2), que rige la confidencialidad de los informes de salud mental y abusos de sustancias del paciente, y que los recipientes de estos informes pueden a la vez divulgarlos siempre y cuando estén relacionados con sus deberes oficiales, y solo con respecto a estos procesos penales en particular.

Firma del solicitante

Fecha

Nombre del abogado (Por favor, en letra de imprenta)

Firma del abogado

Fecha

