



HOJA DE INFORMACION PERSONAL

Proporcione toda la documentación requerida. Por favor, no deje espacios en blanco. Toda la información se mantiene en estricta confidencialidad y no puede divulgarse sin su permiso.

Nombre:	Apellido:	Segundo Nombre:
Dirección:	Ciudad:	Estado: Postal:
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Ext. Celular
Correo electrónico:	Contacto Mejor:	
Como escuchaste sobre nuestro Programa?:		

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:			
Teléfono:	Nombre:	Parentesco:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Postal:

Años:	Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY):	Sexo: Masculino	Femenino	Transgénero	Otra
Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado Otra Desconocido					
Nacionalidad:	Idioma Principal:	Número de Dependientes:	Años de Educación:		
Licencia de California #	Licencia de fuera del Estado #	Estado:			

Empleador:	Ocupación:
Ingreso Mensual Bruto: \$	Teléfono del Trabajo

Cual fue la corte que lo envió (si es aplicable):	Caso #
Día en que fue arrestado (MM/DD/YYYY):	Contenido de Alcohol en su sangre: %
Nombre del Abogado:	Telé de Abogado Fax

Firma del Cliente:	Fecha: / /
--------------------	------------

FOR OFFICE USE ONLY

Enrollment or Reinstatement Date: / /	Intake Type:	
SB1176: AB-541 3 Mo: AB-541 4 Mo: AB-762 6 Mo: AB-1353 9 Mo: SB-38 18 Mo: SB-38 12 Mo: Other:		
Group Start Date: / /	Ed Start Date: / /	Group Assignment:
Total Fees: \$	Downpayment: \$	Payment of: \$ Per: Week Month Other
Payment Method: Cash Check# Money Order# Credit Card / Debit Card (last 4 digits):		

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACION/DIVULGACIÓN DE ARCHIVOS CONFIDENCIALES

Yo, _____, por la presente autorizo a **Jackson Bibby Awareness Group** a divulgar información y registros relacionados con mi participación en el programa a las siguientes entidades:

- El Departamento de Vehículos Motorizados (DMV).
- El Departamento de Servicios de Atención Médica.
- Las Oficina De Programas De Alcohol y Drogas Del Condado
- Sucursales, Agencias, Departamentos y/o Divisiones del Sistema Judicial.
- Mi propio Abogado/Represente
- Mi propio Doctor/Médico

La divulgación de la información y/o registros autorizados en este documento es requerida con el propósito de establecer o determinar mi estado, progreso y/o cumplimiento con los términos y condiciones de mi participación en el programa. Dicha divulgación se limitará a la información y/o registros relacionados con mi progreso y participación en el programa.

Entiendo que esta autorización puede ser revocada por el/la abajo firmante en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya tomado alguna acción basada en esta autorización. Si no se revoca antes, esta autorización terminará noventa (90) días después de que finalice mi participación en el programa. También entiendo que, a pesar de los códigos (Códigos Civiles de California 56.11 y 56.15, y Regulación Federal CFR Sección 2.31), la información confidencial y/o los registros pueden divulgarse sin mi autorización conforme a la ley estatal y federal en las siguientes circunstancias:

- En virtud de una citación judicial o una orden judicial válida.
- Para reportar abuso infantil o abuso a personas mayores.
- Para reportar a una persona que representa un peligro para sí misma o para un tercero.
- Para reportar la intención de cometer un delito en las instalaciones del programa o contra el personal del programa.

Una fotocopia, copia por fax o copia duplicada de esta autorización será tan válida como el original.

Firma Del Participante:	Fecha:
-------------------------	--------

Yo, _____, también autorizo por la presente a **Jackson Bibby Awareness Group** a divulgar información a mi representante designado:

Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip _____

Dicha información se limitará a información relacionada con pagos, programación de citas y, en caso de emergencias, con el propósito de facilitar el tratamiento. Esta autorización se rige por los mismos Códigos de California y Regulaciones Federales mencionadas anteriormente y terminará al mismo tiempo.

Firma Del Participante:	Fecha:
Firma Del Testigo:	Fecha:



Acuerdo de Servicios Virtuales

Estimado Cliente,

SE DEBE ENTENDER QUE ESTAS REGLAS Y REGULACIONES QUE RIGEN ESTE CONTRATO SON ESTABLECIDAS POR EL CONDADO DE SAN BERNARDINO, DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL-SERVICIOS DE ALCOHOL Y DROGAS, Y POR EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE CALIFORNIA. EL PAPEL DEL "PROGRAMA" ES ASEGURAR QUE CADA PARTICIPANTE CUMPLA CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS. EL PARTICIPANTE ACEPTA RESPETAR DICHAS REGLAS.

Nos complace ofrecer Servicios Virtuales como una alternativa a asistir a un programa de DUI en persona. Tenga en cuenta que ambos servicios, en persona y virtuales, están disponibles para asistir. Un participante puede elegir tomar solo servicios virtuales, en persona o una combinación híbrida de ambos. Un participante puede cambiar entre los tipos de servicios durante el programa para adaptarse a su horario.

REGLAS DEL PROGRAMA / RESPONSABILIDAD DEL PARTICIPANTE

Los Servicios Virtuales le permitirán asistir a sus clases de DUI con un consejero certificado a través de la plataforma de reuniones virtuales Zoom. Para participar en los Servicios Virtuales, debe:

- Firmar la Carta de Servicios Virtuales y devolverla al Grupo de Conciencia Jackson-Bibby Inc. al correo electrónico según su ubicación:
 - Redlands: redlands.admin@jacksonbibby.com
 - Victorville: victorville.admin@jacksonbibby.com
- Registrarse con anticipación para la sesión a través de un enlace por correo electrónico que se le enviará antes de la sesión programada.
- Para recibir crédito por la sesión, debe:
 - Registrarse con su nombre completo tal como nos lo proporcionó al momento de la inscripción. No se otorgará crédito si se ingresan alias u otros nombres en Zoom.
 - Asegurarse de haber pagado su sesión virtual por adelantado. Actualmente, solo se aceptan pagos con tarjeta de crédito o débito, y se pueden realizar por teléfono con anticipación.
 - Estar en la reunión virtual a la hora de inicio proporcionada. Se recomienda llegar al menos 10 minutos antes para asegurarse de que el programa esté descargado y que todos los altavoces y micrófonos funcionen.
 - Asistir a la sesión en una habitación privada, libre de distracciones.
 - Permanecer durante toda la sesión y participar cuando se le llame.
 - Si intenta unirse a la sala de Zoom después de la hora programada de inicio, no se le permitirá ingresar y será marcado como ausente.

CONECTIVIDAD / ASISTENCIA

Si tiene problemas de conectividad o asistencia, comuníquese con la oficina donde está inscrito por teléfono o correo electrónico. Su información es la siguiente:

- Redlands: redlands.admin@jacksonbibby.com / Teléfono (909) 792-6925
- Victorville: victorville.admin@jacksonbibby.com / Teléfono (760) 241-3300

Se requiere cierta tecnología para participar en este programa. **Debe tener una computadora, tableta o teléfono con micrófono, altavoces y cámara funcionales (para reuniones en video)**. También debe poder descargar el software gratuito de Zoom en una computadora o la aplicación de Zoom en una tableta o teléfono.

Usted es responsable de tener dispositivos funcionales y una conexión confiable a Zoom a través de internet o servicio celular. Si se desconecta, vuelva a ingresar a la reunión de Zoom tan pronto como sea posible. Si no puede volver a unirse de inmediato, deberá enviar un correo electrónico a la oficina describiendo por qué se

desconectó. Si no puede volver a unirse de inmediato, no se le dará crédito por la clase. Se puede otorgar un permiso de ausencia si puede proporcionar documentación que demuestre que perdió el servicio tanto de internet como celular durante el tiempo de su grupo. Se aplicará una tarifa por permiso de ausencia. Si no puede proporcionar documentación o no vuelve a unirse al grupo de inmediato, será marcado como ausente y se aplicará una tarifa por ausencia.

SOBRIEDAD / ABSTINENCIA DEL PROGRAMA

Todos los participantes del Programa deben cumplir con las regulaciones de sobriedad del Programa según lo definido en la Subsección 9874 del Título 9 del Código de Regulaciones de California.

Esto queda a discreción del consejero y los administradores. Esto incluye, pero no se limita a: un participante que tenga un habla anormalmente arrastrada; evidencia visual de que el participante ingirió drogas o alcohol; y un participante que admita estar bajo la influencia de drogas o alcohol. Si se determina que está bajo la influencia, no se le otorgará crédito por la sesión y estará sujeto a la terminación del programa.

El programa de DUI determinará si el participante está bajo la influencia de drogas o alcohol mediante: exigir al participante que se someta a pruebas con un dispositivo químico diseñado para determinar si una persona está bajo la influencia o si dos o más miembros del personal documentan el comportamiento en el expediente del programa del participante. Título 9 Sección 9874 (c) (2).

Si el programa de DUI determina que el participante está bajo la influencia de drogas o alcohol, se le informará al participante que puede obtener una prueba de drogas por su propia cuenta para refutar la determinación. Título 9 Sección 9874 (e) (1). Si el participante elige obtener un análisis de drogas, debe realizarlo en un laboratorio clínico licenciado por el Departamento de Servicios de Salud y debe realizarse dentro de las 24 horas posteriores a la determinación del programa de DUI de que el participante estaba bajo la influencia.

TERMINACIÓN POR INCUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA

Un participante será dado de baja y remitido al Tribunal/Libertad Condicional de sentencia por las razones descritas en su contrato. Además, un participante será dado de baja por no cumplir con las políticas y procedimientos descritos en este Acuerdo de Servicios Virtuales.

ACUERDO

Lea la política de privacidad en la página siguiente y firme donde se indica. Devuelva la página firmada por correo electrónico a la dirección de correo electrónico mencionada anteriormente. Si tiene preguntas, envíe un correo electrónico o comuníquese con el gerente de la ubicación de su programa. Este Acuerdo de Servicios Virtuales no anula el contrato que ha firmado, solo complementa las reglas y regulaciones.

He leído y acepto el Acuerdo y la Política de Servicios Virtuales de Jackson-Bibby Awareness Group, Inc.

Nombre del Cliente – Escrito en Imprenta

Dirección de Correo Electrónico Actual

Firma del Cliente

Fecha

Nombre del Consejero – Escrito en Imprenta

Firma del Consejero

Fecha



Política de Privacidad para Servicios Virtuales

Jackson-Bibby Awareness Group, Inc. proporcionará Servicios Virtuales utilizando la plataforma de reuniones virtuales Zoom. Para participar en reuniones de Zoom, debe leer y aceptar la Política de [Privacidad de Zoom](#).

Jackson-Bibby Awareness Group, Inc. continuará manteniendo la confidencialidad según se establece en nuestra Política de Confidencialidad. Los clientes también estarán sujetos al Acuerdo de Confidencialidad firmado al momento de la inscripción.

Para participar en los Servicios Virtuales, firme la autorización a continuación y envíe la página firmada por correo electrónico a:

- Redlands: redlands.admin@jacksonbibby.com
- Victorville: victorville.admin@jacksonbibby.com

Autorización para Servicios Virtuales

Yo, (escriba su nombre) _____, acepto participar en los Servicios Virtuales en Jackson-Bibby Awareness Group, Inc. Entiendo que se requiere tecnología específica para participar, y certifico que tengo acceso a la tecnología requerida. Además, he leído y entiendo la política de privacidad de Zoom. Para recibir crédito por la sesión, entiendo que debo cumplir con las políticas descritas en el Acuerdo de Servicios Virtuales.

He leído y acepto la Política de Privacidad de Jackson-Bibby Awareness Group, Inc. y Zoom.

Nombre del Cliente – Escrito en Imprenta

Dirección de Correo Electrónico Actual

Firma del Cliente

Fecha

Nombre del Consejero – Escrito en Imprenta

Firma del Consejero

Fecha



Formulario de consentimiento informado por correo electrónico / mensajes de texto del cliente

1) Riesgo de usar correo electrónico / mensajes de texto

- a) La transmisión de información del cliente por correo electrónico y/o mensajes de texto tiene una serie de riesgos que los clientes deben considerar antes del uso de correo electrónico y/o mensajes de texto. Estos incluyen, entre otros, los siguientes riesgos:
- b) El correo electrónico y los textos pueden circular, reenviarse, almacenarse electrónicamente y en papel, y transmitirse a personas o destinatarios no deseadas
- c) Los remitentes de correo electrónico y de texto pueden desviar fácilmente un correo electrónico o mensaje de texto y enviar la información a un destinatario no deseado.
- d) Pueden existir copias de seguridad de correos electrónicos y textos incluso después de que el remitente y/o el destinatario hayan eliminado su copia.
- e) Los empleadores y los servicios en línea tienen derecho a inspeccionar los correos electrónicos enviados a través de los sistemas de su empresa.
- f) Los correos electrónicos y textos pueden ser interceptados, alterados, reenviados o utilizados sin autorización o detección.
- g) El correo electrónico y los mensajes de texto pueden usarse como evidencia en la corte.
- h) Los correos electrónicos y los textos pueden no ser seguros y, por lo tanto, es posible que la confidencialidad de dichas comunicaciones puede ser violado por un tercero.

2) Condiciones para el uso de correos electrónicos y textos

El proveedor no puede garantizar, pero utilizará medios razonables para mantener la seguridad y confidencialidad de información enviada y recibida por correo electrónico y texto. El proveedor no es responsable de la divulgación inadecuada de información confidencial que no sea causado por mala conducta intencional del proveedor. Los clientes deben reconocer y consentir las siguientes condiciones:

- a) El correo electrónico y los mensajes de texto no son apropiados para situaciones urgentes o de emergencia. El proveedor no puede garantizar que correo electrónico y/o texto en particular serán leídos y respondidos dentro de un período de tiempo particular.
- b) El correo electrónico y los textos deben ser concisos. El cliente debe llamar y/o programar una cita para hablar sobre complejos y/o situaciones sensibles.
- c) Todo el correo electrónico puede imprimirse y archivar en el registro del cliente. Los textos también pueden imprimirse y archivar.
- d) El proveedor no reenviará los correos electrónicos y/o textos identificables del cliente sin el consentimiento por escrito del cliente, excepto cuando autorizado por la ley.
- e) Los clientes no deben usar correos electrónicos o textos para la comunicación de información médica confidencial.
- f) El proveedor no es responsable de las infracciones de confidencialidad causadas por el cliente o cualquier tercero.
- g) Es responsabilidad del cliente hacer un seguimiento y/o programar una cita si se justifica.

Reconocimiento de recibo y acuerdo del cliente

Reconozco que he leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos asociados con la comunicación de correo electrónico o mensajes de texto entre Jackson-Bibby Awareness Group, Inc (proveedor) y yo, y el consentimiento para condiciones y instrucciones descritas, así como cualquier otra instrucción que el proveedor pueda imponer para comunicarse conmigo por correo electrónico o mensaje de texto.

Nombre del cliente: _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Correo Electrónico: _____

Envíelo a Jackson-Bibby Awareness Group Inc. al correo electrónico en función de su ubicación

Redlands: redlands.admin@jacksonbibby.com

Victorville: victorville.admin@jacksonbibby.com

Barstow: barstow.admin@jacksonbibby.com

Conducción bajo el influencia (DUI) programa inscripción participante información/informado consentimiento y acuerdo

Servicios de programa DUI en California deben ser completados por el Departamento de salud servicios (DHCS) licenciadas programa DUI. Salud de California y el código de seguridad (HSC), División de 10.5, parte 2, capítulo 9, sección 11836 establece la DHCS como teniendo la autoridad exclusiva de licencia programas de DUI para proporcionar servicios de recuperación de alcohol o drogas a una persona cuya licencia de conducir ha sido administrativo suspendido o revocado, o que es culpable de una violación de la Sección 23152 ó 23153 del código de vehículo (VC) y admitido a un programa en virtud de la sección 13352, 23538, 23542, 23548, 23552, 23556, 23562, o 23568 del código del vehículo.

En virtud del título 9, código de regulaciones de California (CCR), capítulo 3, sección 9848, un programa DUI puede inscribirse a cualquier persona que presente documentación el Tribunal o el DMV verificando su detención o la condena por una infracción de DUI especificada en la Sección HSC 11836 como se hace referencia anteriormente. Para asegurar la matrícula oportuna programa, DHCS permite a varios tipos de documentos generados por el Tribunal o el DMV. (Véase DHCS aceptable inscripción documento matriz)

Aunque DHCS licencias servicios del programa DUI, requisitos del programa dependen en última instancia delitos especificados en el código de vehículos de California e interpretado por el Departamento de vehículos motorizados de California (DMV)-obligatorio acción unidad (MAU), junto con el Tribunal de condena.

Al matricularse en un programa DUI tras detención por un delito DUI antes de una convicción, el programa DUI afiliaremos en el tipo de programa más apropiado basado en la información contenida en los documentos de inscripción se presente junto con cualquier adicional información que pueda proporcionar en ese momento. DHCS le anima a en contacto con el DMV MAU en (916) 657-6525 si usted tiene preguntas/preocupaciones específicas al tipo de programa DUI en última instancia, se le pedirá para completar.

Por favor nota, siguiendo su matrícula inicial del programa DUI puede haber casos en MAU de que el DMV revisión de su historia de coche ofensa DUI o procedimiento judicial puede requerir una modificación del programa de tipo que son/eran inicialmente inscritos en. En todos los casos, usted es financieramente responsable por todos los servicios de programa DUI recibieron o incurridos durante su inscripción en un programa DUI. (Cargos de servicio de programa adicionales se identifican en el contrato de participante revisará y firmar en el momento de la inscripción del programa DUI)

El siguiente consentimiento/contrato y documentos de inscripción requerido deben terminados y colocados en el archivo de participante como exige la CCR, título 9 requisitos. Como con todos los documentos producidos durante su DUI programa inscripción y participación, se recomienda conservar copias para sus registros.

Consentimiento Informado y Acuerdo

Información del participante

Nombre del participante (Impresión) _____ **Inscripción:**
☐ Pre condena ☐ Post condena

Dirección (Ciudad, Estado, Zip)

Número de teléfono

Licencia de conducir o número X

Verificación obligatoria de la Unidad de Acción

Tipo de programa _____ BAC _____ Condenas anteriores _____

☐ Participante Llamado MAU ☐ Programa llamado MAU ☐ Sin llamada a MAU

☐ Fecha de violación _____

Comentarios _____

Nombre del Representante de MAU

Acuerdo

* Verificar leído y entender la información que me proporciona en el documento de consentimiento informado y de acuerdo con respecto a mi inscripción de programa DUI. Soy consciente en algunos casos el DMV-MAU o tribunal podrá modificar más adelante mi tipo de servicio del programa y en todos los casos, soy financieramente responsable por todos los servicios de programa DUI recibidos.

(Inicial) Una cuota de "Transferencia en" o "Reintegro" puede incurre si una modificación del tipo de programa que es/era inicialmente inscrito en cambios.

Firma del participante

Fecha

Nombre del personal del programa
(impresión)

Fecha