

ESTADO DE DAKOTA DEL SUR)
) a saber
CONDADO DE ____)

EN EL TRIBUNAL DE
APELACIONES

____ CIRCUITO JUDICIAL

	De menores. Núm. ____ DISPENSA, CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DE SOBRIEDAD 24/7
--	---

Yo, _____, acepto mi colocación en el Programa de Sobriedad 24/7. Comprendo que el otorgamiento de este Formulario de Dispensa, Consentimiento y Liberación es condición para mi participación en el Programa de Sobriedad 24/7.

Por medio del presente, autorizo la divulgación e intercambio de información descripta abajo que mantiene la Oficina del Procurador General, el Sistema Judicial Unificado, el Departamento de Seguridad Pública, el Departamento de Servicios Sociales, el Departamento Correccional, el Departamento de Servicios Humanos, y las Oficinas del Alguacil del Condado a una o más de estas agencias gubernamentales y del orden público para ser utilizada para fines gubernamentales y del orden público autorizados.

Mediante la firma de este Formulario de Dispensa, Consentimiento y Liberación de Información, otorgo mi permiso para la liberación, divulgación e intercambio de información de inscripción, reporte, infracción, violación, estado u otra información que se reúna en el transcurso de mi participación en el Programa de Sobriedad 24/7; información incluida en mis registros judiciales penales del Sistema Judicial Unificado; información incluida en los registros del programa de tratamiento reportado a la División de Alcohol y Abuso de Drogas de Dakota del Sur (SD) mediante el Sistema de Reporte de Actividad del Tratamiento del Estado (STARS); permiso de trabajo e información de conducción que mantenga el Departamento de Seguridad Pública; información de libertad condicional que mantenga el Departamento Correccional; e información de colocación de niños relativa a un procedimiento en virtud del Capítulo 26-8A de las Leyes Unificadas de Dakota del Sur (SDCL).

Comprendo que la información que se pueda divulgar o intercambiar la pueden utilizar las entidades estatales y del condado anteriormente indicadas para actividades gubernamentales y del orden público autorizadas asociadas con mi participación en el Programa de Sobriedad 24/7. Estas actividades incluyen: determinar si utilicé alcohol, marihuana o fármacos o sustancias controladas mientras estuve en el Programa de Sobriedad 24/7; controlar el cumplimiento de mi parte de la orden o directiva que me colocó en el Programa de Sobriedad 24/7; investigar infracciones y violaciones de los términos y las condiciones de mi participación en el Programa de Sobriedad 24/7 y la realización de acciones de cumplimiento autorizadas en virtud de la orden o directiva de colocación y la ley estatal; y para utilizar en mi evaluación, participación y tratamiento en un programa de alcohol y/o programa de abuso de drogas y actividades de seguimiento. Esta información también la puede utilizar la Oficina del Procurador General de Dakota del Sur, el Departamento de Seguridad Pública, la Oficina de Seguridad de Carreteras y las personas contratadas por aquellos a los fines del análisis de estadísticas para evaluar el estado y la efectividad del Programa de Sobriedad 24/7.

Comprendo que mis registros de alcohol y/o tratamiento están protegidos por las normas federales que regulan la Confidencialidad de los Registros de los Pacientes de Alcohol y Abuso de Drogas, Título 42 del Código de Regulaciones Federales (C.F.R.) Parte 2, y que los destinatarios de esta información pueden divulgar la información correspondiente solo con relación a sus deberes oficiales. Así mismo comprendo que los destinatarios de la información relativa a un procedimiento en virtud del Capítulo 26-8A del Código Unificado de Dakota del Sur (SDCL) deben mantener la confidencialidad de esa información.

Comprendo que este Formulario de Dispensa, Consentimiento y Liberación de Información permanecerá vigente y no puedo revocarlo mientras participe en el Programa de Sobriedad 24/7. Este Formulario de Dispensa, Consentimiento y Liberación vencerá con el registro de una orden judicial que ordene mi liberación del Programa de Sobriedad 24/7. No obstante, se puede acceder y divulgar toda la información obtenida durante mi participación en el Programa de Sobriedad 24/7 según se indica a continuación:

1. A las entidades gubernamentales y del orden público local arriba mencionadas a los fines gubernamentales y del orden público autorizados en el caso que luego de finalizar el Programa, yo tuviera futuras infracciones o violaciones de alcohol, marihuana o fármacos o sustancias controladas, o se me colocara nuevamente en el Programa de Sobriedad 24/7; y
2. A los fines de análisis estadístico; y
3. A los fines de tratamiento.

Comprendo que se me puede contactar para entrevistas de seguimiento para proporcionar información para este análisis estadístico que pueden incluir factores relacionados con mi sobriedad.

Comprendo que mi eliminación del Programa de Sobriedad 24/7 por violación o infracción no constituye finalización del Programa.

FIRMA DEL PARTICIPANTE FECHA

FIRMA DEL TESTIGO FECHA