

ESTADO DE DAKOTA DEL SUR)	EN EL TRIBUNAL DE APELACIONES
)	
CONDADO DE _____)	CIRCUITO JUDICIAL _____
)	
ESTADO DE DAKOTA DEL SUR,)	Expediente Núm. _____
)	
Demandante)	Programa de Sobriedad 24/7
contra.)	Contrato de participación
)	Prueba electrónica de control de alcoholemia
_____)	(SCRAM)
Demandante.)	

Yo, _____, acepto mi colocación en el Programa de Sobriedad 24/7 y en la prueba de control electrónico de alcoholemia mediante el equipamiento Secure Continuous Remote Alcohol Monitoring™ (“SCRAMx”) .

Como condición de ser colocado en este Programa, acepto cumplir estrictamente con todos los requisitos del Programa establecidos en este Contrato, la orden o directiva, y cumplir con las instrucciones de mi oficial de servicios de tribunales, el agente de libertad condicional o el representante del orden público (en adelante denominado como “Persona de contacto”). Además, acepto colaborar en mi inscripción en el Programa de Sobriedad 24/7 y otorgar todos los documentos que sean parte del proceso de inscripción.

Acepto todos los términos y las condiciones relativas al equipamiento SCRAM que se me proporcionó. Acepto usar mi Brazaletes SCRAM en mi tobillo por el plazo de mi participación en el Programa y acepto que la Estación Base SCRAM se conectará a mi teléfono residencial o, en el caso de no tener servicio telefónico residencial, al lugar aprobado por mi Persona de contacto. Comprendo que el Brazaletes SCRAM me someterá a prueba, en intervalos previamente programados, para determinar la presencia de concentración de alcohol en sangre que se emite como vapor a través de la piel. Cuando el Brazaletes SCRAM detecta la presencia de etanol, lo registra y almacena como una lectura positiva y transmite una alerta de alcohol a la Estación Base SCRAM. El Brazaletes SCRAM también contiene un sistema diseñado para detectar interferencia o alteración y también registrará, almacenará y transmitirá una alerta de alteración a la Estación Base SCRAM. Comprendo que la alteración del equipamiento SCRAM, la colocación de material entre el brazaletes SCRAM y mi piel, o cualquiera otra interferencia con la toma de muestras SCRAM y la descarga de información, constituirá una violación de este Contrato.

Anexo de Información: Comprendo que mis oportunidades de información diaria del equipamiento SCRAM son las siguientes:

- Oportunidad de Información 1 _____
- Oportunidad de Información 2 _____
- Oportunidad de Información 3 _____
- Oportunidad de Información 4 _____
- Oportunidad de Información 5 _____

Oportunidad de Información 6 _____

Acepto estar físicamente al alcance de mi Estación Base SCRAM 15 minutos antes de cada uno de los períodos de información antes indicados. Ingresaré al cuarto donde se encuentra la Estación Base SCRAM y no dejaré los límites de la Estación Base SCRAM hasta que parpadee la luz verde o hasta que la Estación Base indique que la descarga está completa. El límite de la Estación Base SCRAM se encuentra dentro de 30 pies de la línea de visibilidad directa.

Acepto mantener, a mi cargo, una línea de teléfono análoga y servicio eléctrico en mi residencia a los fines de conectar la Estación Base SCRAM. Acepto no efectuar ningún cambio en mi equipo telefónico o en el servicio telefónico de mi residencia sin la previa aprobación de mi Persona de contacto. En el caso que me notifique mi Persona de contacto, acepto eliminar cualquier característica o función telefónica que interfiera con el funcionamiento normal de la Estación Base SCRAM. Acepto proporcionar copias de mis facturas telefónicas y electrónicas mensuales en el lugar en el que se encuentre la Estación Base SCRAM, cuando lo solicite mi Persona de contacto.

Si no tengo una Estación Base SCRAM debido a falta de línea telefónica en mi residencia, acepto reportarme en las oportunidades y lugares que indique mi Persona de contacto para permitir la descarga de información almacenada en el Brazalette SCRAM.

Hora de información y ubicación 1:

Acuso recibo del Brazalette SCRAM número _____ y la Estación Base número _____. Comprendo que a menos que el tribunal disponga lo contrario, debo pagar los cargos de prueba, participación, instalación y desactivación según lo disponga la norma administrativa. Comprendo que estos cargos pueden cambiar mientras me encuentre en el Programa. Actualmente los cargos de prueba y participación son en total \$6.00 (\$5.00 por prueba y \$1.00 por participación) por cada día que utilice el Brazalette SCRAM y los cargos de instalación y desactivación son de \$40.00 cada uno. Acepto pagar por adelantado los cargos y según lo ordene mi Persona de contacto, y entregaré al Secretario de estado del condado arriba indicado los pagos por los cargos de prueba y participación o según lo indique mi Persona de contacto. También comprendo que seré responsable por cualquier costo de reemplazo o reparación por pérdida o daño del equipamiento SCRAM que se me asignó, que no se deba al uso normal. Los costos de reemplazo son los siguientes:

☐ Reemplazo completo del Brazalette SCRAM	\$1200.00
☐ Reemplazo total de la Estación Base	\$ 400.00
☐ Reemplazo del paquete de batería	\$ 8.00
☐ Cable telefónico	\$ 3.00
☐ Suministro de energía de Estación base	\$ 40.00
☐ Conjunto de correa de reemplazo	\$ 75.00
☐ Reparación por inmersión del Brazalette SCRAM	\$ 340.00

Acepto permitirle a mi Persona de contacto asignado o la persona que este designe el derecho a inspeccionar y mantener el Brazaletes SCRAM y la Estación Base SCRAM y así mismo acepto encontrarme con mi Persona de contacto a la persona que este designe en el momento y lugar solicitado a este fin.

Comprendo, que excepto en caso de una emergencia, el Brazaletes SCRAM se puede quitar solo con el permiso de mi Persona de contacto. En una emergencia, se puede quitar el Brazaletes SCRAM mediante el corte de una correa. Acepto informar inmediatamente a mi Persona de contacto acerca de cualquier eliminación de emergencia del Brazaletes SCRAM. Así mismo acepto no mover, desconectar o alterar la Estación Base SCRAM sin la previa aprobación por escrito de mi Persona de contacto.

Si experimento inconvenientes con el Brazaletes SCRAM o la Estación Base SCRAM, acepto informar inmediatamente a mi Persona de contacto. En el caso que hubiera una interrupción en el servicio de energía eléctrica que afectara mi reporte, acepto llamar a mi Persona de contacto tan pronto sea posible.

Si no puedo contactar personalmente a mi Persona de contacto, acepto dejar un aviso en el servicio de mensajes del Persona de contacto o mediante otro medio documentado. Incluiré mi nombre, fecha, hora, y naturaleza de mi inconveniente.

Acepto no participar en las siguientes actividades restringidas, y comprendo y que una violación de cualquiera de estas disposiciones constituye una violación de este Contrato:

_____ **Fármacos** -- Acepto que no poseeré ni consumiré marihuana o ningún fármaco o sustancia controlada no legalmente prescrita por un profesional autorizado según lo permiten los capítulos 22-42 y 34-20B, así como tampoco estaré presente a sabiendas en un lugar donde otras personas lo hagan.

_____ **Alcohol** -- Comprendo que no consumiré, usaré o poseeré ningún producto que contenga alcohol, inclusive, entre otras: bebidas alcohólicas, enjuague bucal, alcohol medicinal, limpiadores para el hogar y desinfectantes, lociones, jabones corporales, perfumes, colonias, u otros productos higiénicos que contengan alcohol.

_____ **Bares** -- Acepto no ingresar a ningún bar u otro establecimiento donde se ofrezca alcohol para la venta y el consumo en las instalaciones.

_____ **Alteración** -- Acepto no utilizar los productos prohibidos anteriormente cerca del brazaletes SCRAM en un intento de alterar su lectura.

_____ **Nado & Baño** -- Comprendo que no debo sumergir el Brazaletes SCRAM en el agua. La ducha es el único método de baño permitido.

_____ **Higiene personal** -- Acepto que al bañarme enjuagaré totalmente con agua limpia y secaré debajo del Brazaletes SCRAM. Comprendo que la no eliminación inmediata de todo el jabón puede derivar en leve sarpullido en la piel.

_____ **Actual estado de salud condición preexistente** -- Para determinar si cumplo los requisitos para utilizar el Brazaletes SCRAM, acepto informar sobre mi actual estado de salud a mi Persona de contacto y también les notificaré sobre cualquier condición médica preexistente de la que tenga conocimiento como embarazo, diabetes o cualquier tipo de desorden o condición cutánea de la que tenga

conocimiento. **Si experimento una sensación de quemazón, sarpullido en mi piel o cualquier otros riesgo de salud aparente derivado del Brazaletes SCRAM, contactaré a mi Persona de contacto inmediatamente. Si debo quitar el Brazaletes SCRAM por riesgos de salud, cortaré una tira del brazaletes.**

Comprendo que mi Persona de contacto puede utilizar llamadas telefónicas, el equipamiento SCRAM, y las visitas personales a los fines de controlar que cumpla con este Contrato. Por consiguiente, cuando me encuentre en mi hogar, acepto responder inmediatamente a mi teléfono o puerta. Así mismo comprendo y acepto que se pueden grabar todas las llamadas telefónica efectuadas con mi Persona de contacto.

Comprendo que mi incumplimiento de este Contrato o de las instrucciones de mi Persona de contacto puede entenderse como violación de la orden o directiva que me coloca en el Programa y puede derivar en consecuencias legales adversas, inclusive mi encarcelación. En el caso que viole cualquiera de las condiciones de este Contrato, o que el equipamiento SCRAM genere una alerta de alcohol o alteración, comprendo que se informará de ello y si lo autoriza la orden o directiva, se me podrá detener, llevar inmediatamente bajo custodia y retener sin fianza hasta que el asunto se puede elevar ante uno de los jueces del Circuito Judicial antes mencionado o de lo contrario como lo disponga la ley estatal.

I understand that information regarding my participation in this Program, including my enrollment, reporting, test results, and payment of fees, will be placed in a reporting system that is operated by the Attorney General's Office and may be accessed by state and local agencies associated with my placement in the Program.

Comprendo que la información relativa mi participación en este Programa, inclusive mi inscripción, la información, los resultados de prueba, y el pago de honorarios, se colocarán en un sistema de registro que lo maneja la Oficina del Procurador General y al que pueden acceder agencias estatales y locales relacionadas con mi colocación en el Programa.

RECONOCIMIENTO

Yo, _____, por medio del presente reconozco haber leído este Contrato de Participación y comprendo sus términos. Acepto cumplir con cada una de las condiciones de mi participación en el Programa de Sobriedad 24/7.

FECHA: _____

Firma del participante

Nombre y cargo del testigo (en letra de molde o a máquina)

Firma del testigo