

DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD PÚBLICA DE DAKOTA DEL SUR
LICENCIA DEL CONDUCTOR

Con relación al Permiso de trabajo de:

(Nombre)

(Domicilio)

(Ciudad, Estado)

CONTRATO DE PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA 24/7
(PRUEBA ELECTRÓNICA DE CONTROL DE ALCOHOLEMIA)

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™ (“SCRAM”).

Como condición para ser colocado en este Programa, acepto cumplir estrictamente con todos los requisitos del Programa establecidos en este Contrato, la orden o directiva de ubicación, y cumplir con las instrucciones de mi oficial de servicios de tribunales, agente de libertad condicional o 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 conecte 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 de 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 en el límite de mi Estación Base SCRAM 15 minutos antes de cada uno de los períodos de información indicados. Ingresaré al cuarto donde se encuentra la Estación Base SCRAM y no dejaré el límite de la Estación Base SCRAM mientras 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 en 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 los 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 de \$6.00 por día que utilizo el Brazalette SCRAM (\$5.00 por prueba y \$1 por participación) 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 los pagos por los cargos de prueba y participación o según lo indique la directiva o la Persona de contacto. También comprendo que seré responsable por cualquier costo de reemplazo o reparación por pérdida o daño al equipamiento SCRAM que se me asignó, que no se deba al uso normal. Estos costos de reemplazo son los siguientes:

- | | |
|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> Reemplazo completo del Brazalette SCRAM | \$1200.00 |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo total de la Estación Base | \$ 400.00 |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo del paquete de batería | \$ 8.00 |
| <input type="checkbox"/> Cable telefónico | \$ 3.00 |
| <input type="checkbox"/> Suministro de energía de Estación base | \$ 40.00 |
| <input type="checkbox"/> Conjunto de correa de reemplazo | \$ 75.00 |
| <input type="checkbox"/> Reparación por inmersión de 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 o 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 información, 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 de la 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 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 médica 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 otro riesgo de salud aparente derivado del Brazalete SCRAM, contactaré a mi Persona de contacto inmediatamente. Si debo quitar el Brazalete 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 la puerta. Así mismo comprendo y acepto que se pueden grabar todas las llamadas telefónica con mi Persona de contacto. Comprendo que mi incumplimiento de este Contrato o de las instrucciones de mi Persona de contacto se entenderán como violación de la orden o directiva que me coloca en el Programa y que puede derivar en la revocación de mi permiso para conducir. En el caso que viole cualquiera de las condiciones de este Contrato o de las instrucciones de mi Persona de contacto; o que el equipamiento SCRAM genere una alerta de alcohol o de alteración, comprendo que se puede reportar de ello, se puede entender como una violación de la orden o directiva que me coloca en el Programa, y puede derivar en la revocación de mi permiso de conducir.

Comprendo que la información relativa a 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