

DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD PÚBLICA DE DAKOTA DEL SUR  
LICENCIA DE CONDUCTOR

Con relación al Permiso de trabajo de:

\_\_\_\_\_  
(Nombre)

\_\_\_\_\_  
(Domicilio)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad, Estado)

ACUERDO DEL PROGRAMA DE PARTICIPACIÓN 24/7  
(Prueba de Alcoholemia Preliminar (PBT), Análisis de Orina  
(UA), Prueba Cutánea de Droga, dos veces por día)

Yo, \_\_\_\_\_, acepto mi colocación en el Programa de Sobriedad 24/7 (en adelante denominado como "Programa"). Como condición para ser colocado en este Programa, acepto cumplir estrictamente con todos los requisitos del Programa establecidos en este Acuerdo, la orden o directiva de colocación, 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 "Contacto"). En el presente acepto las siguientes condiciones:

1. Colaboraré en mi inscripción en el Programa de Sobriedad 24/7 y otorgaré todos los documentos que sean parte del proceso de inscripción.
2. En forma periódica informaré y presentaré todas las pruebas ordenadas en la ubicación establecida en la orden o directiva de colocación o según lo designe mi Contacto, según se indica a continuación (blancos correspondientes a firmar con iniciales por Testigo):

\_\_\_\_\_ Dos pruebas diarias PBT. Las pruebas PBT se realizarán dos veces por día entre las horas \_\_\_\_:\_\_ a.m. y \_\_\_\_:\_\_ a.m. y entre \_\_\_\_:\_\_ p.m. y \_\_\_\_:\_\_ p.m.

\_\_\_\_\_ pruebas de análisis de orina (UA) cuando lo ordene mi Contacto.

\_\_\_\_\_ Pruebas cutáneas de droga. La aplicación y eliminación de parches se realizará en las oportunidades que ordene mi Contacto.

3. Pagaré todos los cargos de prueba y participación según lo indica la norma administrativa para la prueba en la que me colocaron. Comprendo que estos cargos pueden cambiar mientras me encuentre en el Programa. Los cargos actuales para las PBT son \$1.00 por prueba y \$1.00 por cargo de participación diaria hasta un máximo de \$30.00 por cargos de participación, las pruebas cutáneas tienen un cargo de \$40.00 por parche adjunto y/o los UA de \$10.00 por prueba, y se deben pagar por anticipado o al momento de la prueba. En el caso que tenga un análisis de orina positivo, también acepto ser responsable por el pago de cualquier prueba o análisis adicional que pueda solicitarme mi

Contacto.

4. No poseeré ni consumiré marihuana o ningún fármaco o sustancia controlada, así como tampoco estaré presente a sabiendas en un lugar donde otras personas lo hagan.
5. No consumiré ningún alcohol, así como tampoco ingresaré a ningún bar u otro establecimiento donde se ofrezca alcohol para la venta y el consumo en las instalaciones.
6. No consumiré ni utilizaré ninguno de los siguientes elementos por un período mínimo de 30 minutos antes de la prueba diaria de alcoholemia preliminar: enjuague bucal, pasta de dientes, jarabe para la tos, bebidas con gas, y alimentos y productos con tabaco.

Comprendo que mi incumplimiento de este Acuerdo o de las instrucciones de mi 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 en cualquier momento incumpla en reportarme o presentarme a una prueba, o que de lo contrario viole cualquiera de las condiciones arriba indicadas, se informará de ello y en el caso de estar autorizado por la orden de colocación se me podrá llevar inmediatamente en custodia según se autoriza. En el caso que una PBT indique la presencia de cualquier cantidad de alcohol, o de que un UA o una prueba cutánea de droga indique la presencia de cualquier cantidad de alcohol, marihuana, o un fármaco o sustancia controlada, comprendo que se informará de ello y se revocará 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 Acuerdo 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