

**NOTICE OF PLACEMENT IN
PRETRIAL DRUG EDUCATION AND
COMMUNITY SERVICE PROGRAM**

JD-CR-119 Rev. 10-19
C.G.S. § 54-56i

***This form is available
in other language(s).***

CONNECTICUT JUDICIAL BRANCH
**COURT SUPPORT SERVICES DIVISION
BAIL SERVICES**
www.jud.ct.gov



Defendant Information

Name		Address (Number, street, apartment number, city, state, and zip code)	
Telephone number	Year of birth	Primary language	Date of arrest
CMIS case number	Docket Number	Defendant's next court date	Court location

Program Information

Name of drug education provider		Address of drug education provider (Number, street, city, state and zip code)	
Service location (if different from address of drug education provider)		Telephone number of drug education provider	
Drug Education Program? (15 sessions) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Substance abuse treatment? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (Specify) _____		
Community Service: <input type="checkbox"/> 5 days (40 hours) <input type="checkbox"/> 15 days (120 hours) <input type="checkbox"/> 30 days (240 hours)			
Name of community service provider		Telephone number of community service provider	
Address of community service provider (Number, street, city, state and zip code)			

The court has granted your application to take part in the Pretrial Drug Education and Community Service Program under section 54-56i of the Connecticut General Statutes.

The drug education provider and the community service provider listed above will be given this information, and both providers will contact you by phone or mail to start the program. **If you have not heard from the drug education provider, the community service provider, or both, within 10 days after the date that you are given this information, you must contact the drug education or community service provider immediately.** The telephone numbers for the drug education and community service providers are listed above.

You must cooperate with the drug education and community service provider officials, and you must keep all of your appointments. You must also tell the drug education provider officials, the community service provider officials, and Bail Services if you change your address or telephone number or if you are arrested again on any drug charges. Also, please remember that you have agreed to accept more intensive treatment if the Court Support Services Division thinks it is necessary.

If you do not follow these instructions, Bail Services will recommend that your case be returned to court for further action, and the court may put your case back on the list for trial.

If you have any questions or problems, please contact Bail Services at: (Phone) _____
Or (Fax) _____

Bail Services staff, check the appropriate box:

You have asked the court to delay the start of this program. ☐ No ☐ Yes Date delayed to: _____

I have read or have had read to me this Notice of Placement, and I understand the entire Notice.

Signed (Defendant)	Print name	Date signed
Signed (Bail Services staff)	Print name	Date signed

ADA NOTICE

The Judicial Branch of the State of Connecticut complies with the Americans with Disabilities Act (ADA). If you need a reasonable accommodation in accordance with the ADA, contact Bail Services at the telephone number listed above.

**AVISO DE ADMISIÓN AL PROGRAMA
EDUCATIVO CONTRA LA DROGADICCIÓN Y
DE TRABAJO EN FAVOR DE LA COMUNIDAD**

JD-CR-119S Rev. 10-19
C.G.S. § 54-56i

**RAMA JUDICIAL DEL ESTADO DE CONNECTICUT
DIVISIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DEL TRIBUNAL
OFICINA DE SERVICIOS DEL COMISIONADO DE FIANZAS**

www.jud.ct.gov



Datos del acusado

Nombre		Dirección (Número, calle, número de apartamento, ciudad, estado y código postal)	
Número de teléfono	Año de nacimiento	Lengua materna	Fecha del arresto
Número de CMIS	Número de expediente	Próxima fecha de comparecencia del acusado ante el tribunal	Ubicación del tribunal

Información sobre el programa

Nombre de la agencia que ofrece el programa		Dirección de la agencia que ofrece el programa de educación contra la drogadicción (Número, calle, ciudad, estado y código postal)	
Dirección del lugar donde se ofrece el programa (si es distinta a la de la agencia)		Número de teléfono de la agencia que ofrece el programa	
¿Programa educativo contra la drogadicción? (15 sesiones) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		¿Tratamiento por abuso de sustancias? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Especificar)	
Trabajo en favor de la comunidad: <input type="checkbox"/> 5 días (40 horas) <input type="checkbox"/> 15 días (120 horas) <input type="checkbox"/> 30 días (240 horas)			
Nombre de la entidad que facilita el trabajo en servicio de la comunidad		Número de teléfono de la entidad que facilita el trabajo en favor de la comunidad	
Dirección de la entidad que facilita el trabajo en servicio de la comunidad (Número, calle, ciudad, estado y código postal)			

El juez, de conformidad con el artículo 54-56i del Código General de Connecticut, le ha concedido la solicitud para participar en el programa educativo contra la drogadicción y de trabajo en favor de la Comunidad.

La agencia que ofrece el programa y la entidad que facilita el trabajo en favor de la comunidad arriba mencionado recibirán toda la información y se comunicarán con usted por correo o por teléfono para comenzar el programa. **Si la agencia que ofrece el programa, la entidad que facilita el trabajo en favor de la comunidad, o ninguna de las dos entidades se comunican con usted en un plazo máximo de 10 días contados a partir de la fecha de haber recibido de esta información, deberá comunicarse lo antes posible con una de ellas.** Los números de teléfono de las agencias que ofrecen el programa educativo contra la drogadicción y de trabajo en favor de la comunidad aparecen arriba.

Deberá cooperar con los funcionarios de la agencia que ofrece el programa y de la entidad que facilita el trabajo en favor de la comunidad, y presentarse a todas sus citas. Además, deberá informar a los funcionarios de la agencia que ofrece el programa educativo contra la drogadicción, a la entidad que facilita el trabajo en favor de la comunidad, y a la Oficina de Servicios del Comisionado de Fianzas sobre cualquier cambio de dirección o de número de teléfono, o de ser arrestado nuevamente por cualquier delito relativo a las drogas. Tenga presente que usted ha aceptado recibir un tratamiento más intenso si así lo estimara necesario la División de Servicios de Apoyo del Tribunal.

De no seguir estas instrucciones, la Oficina de Servicios del Comisionado de Fianzas recomendará remitir el caso al tribunal para tomar otras medidas, y el juez podría llegar a derivar su caso nuevamente a la lista de causas a juicio.

Si tiene alguna pregunta, sírvase comunicarse con la Oficina de Servicios del Comisionado de Fianzas llamando al:

(Teléfono) _____

O (Fax) _____

Personal de la Oficina de Servicios del Comisionado de Fianzas, marcar la casilla correspondiente:

Usted le ha solicitado al juez postergar el comienzo del programa. ☐ No ☐ Sí Fecha de postergación: _____

He leído o me han leído el presente Aviso de Admisión, y lo entiendo en su totalidad.

Firma (Acusado)	Nombre en letra de molde	Fecha
Firma (Personal de la Oficina del Comisionado de Fianzas)	Nombre en letra de molde	Fecha

AVISO SOBRE LA LEY ADA

La Rama Judicial del Estado de Connecticut cumple con los requisitos de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés). Si necesita un ajuste razonable de conformidad con la ley ADA, comuníquese con un empleado de la Oficina del Comisionado de Fianzas llamando al número de teléfono indicado anteriormente.