

PLAN DE RECOMENDACIÓN
PLAN RECOMMENDATION

(Bajo los Wis. Stats. s. 23.33 (13)(e), 961.472, or 350.11 (3)(d))

Nombre - Cliente	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Número del Caso
------------------	-----------------------------------	-----------------

En base a mi evaluación concerniente a este cliente y su uso de alcohol otras drogas, y / o sustancias controladas,
Yo recomiendo:

- Tratamiento no recomendado – Observaciones: _____
- Tratamiento de Paciente Externo - Describa procedimiento y duración: _____
- Tratamiento de Paciente Interno o
Tratamiento Residencial - Describa procedimiento y duración: _____
- Examen Médico: Examen Psiquiátrico Desintoxicación Residencial Tratamiento durante el día Otro
Explique la necesidad y describa el procedimiento y duración: _____

El período del plan de tratamiento recomendado puede extenderse hasta: _____

La corte o su agente notificarán si el cliente falta a cumplir con la orden.

Copias de este reporte serán enviadas al condado bajo s. 51.42; la corte en referencia y / o el agente de libertad condicional; el proveedor del plan recomendatorio de elección y el cliente.

Nombre del Proveedor	Ciudad	Número de Teléfono
----------------------	--------	--------------------

Yo entiendo las recomendaciones hechas arriba y estoy de acuerdo a cumplirlas. Yo he sido informado del costo de provisiones bajo par. 46.03 (18)(f) o (fm), Wisconsin Statutes, para el costo del plan de evaluación y tratamiento. Yo estoy de acuerdo en hacer una cita con el proveedor de mi elección en las siguientes 72 horas, a menos que una orden de la corte sea requerida. Yo entiendo que si falto a cumplir con la evaluación o el plan de tratamiento por una violación de vehículo motorizado recreativo (MRV), la corte puede instigar procedimientos de desacato al tribunal. Si falto a cumplir con la evaluación o cualquier plan de tratamiento por el cual yo he estado de acuerdo y las órdenes de la corte por violaciones de sustancias controladas, entiendo que la corte considerará la revisión de mi sentencia.

La divulgación de la información vence: _____

FIRMA – Cliente	Fecha (mes/día/año)	
FIRMA -Consentimiento de la Institución de Tratamiento (opcional para el capítulo de violaciones de sustancias controladas)	Fecha (mes/día/año)	
FIRMA – Asesor	Título / Certificación	Fecha (mes/día/año)

Distribution: Original - Court
Client
Plan provider
Probation Agency
Assessment Facility / 51.42 staff