

Grupo 1

Personal, Tiempo de juego, Pet Peeves - Personal a cliente 1-15

Personal - Nombre del cliente _____

¿Donde trabajas? _____

Educación / Entrenamiento? _____

Miembros de la familia _____

¿Qué haces para divertirte? _____

¿Qué tipo de música te gusta? _____

¿Cuáles son sus preocupaciones de tráfico? _____

¿Cómo respondes? _____

Su experiencia DIP

¿Por qué estás aquí? _____

¿Cómo te sientes por estar aquí? _____

¿Qué te estás perdiendo de estar aquí? _____

¿Cómo ha afectado esta ofensa a su rutina? _____

¿Qué te gustaría aprender? _____

¿Sientes que tienes una actitud abierta con respecto a este programa? _____

¿Por qué? _____

Firma del consejero: fecha

Grupo 2

OVI Story - Your Offense - Relación personal a cliente 1-15

¿Qué estabas haciendo antes de arrestarte? _____

¿Fue un día normal o inusual? Si es inusual, ¿por qué? _____

¿Con quién estabas (primer nombre)? _____ ¿Qué día de la semana? _____

¿Qué estabas bebiendo y cuánto durante ese período de tiempo? _____

¿Cómo te sentías cuando subiste a tu automóvil? _____

Tu arresto

¿Para qué te detuvieron? _____ ¿A qué hora? _____

¿Tomó el alcoholímetro / Orina o Sangre o se negó? ¿Cuáles fueron los resultados?

¿Tomaste la prueba de campo? _____ ¿Como hiciste? _____

¿Cómo te sentiste durante el arresto? _____

¿Después? _____ ¿Qué hiciste? _____

Ir a la corte

¿Cuál fue su experiencia en la corte? _____

¿Tiene antecedentes? _____ Si es así, ¿qué y cuándo? _____

¿Recibiste tiempo en la cárcel? ¿Si es así por qué? _____

¿Recibió la pulsera Interlock, SCRAM o confiscó su automóvil? _____

¿Cuánto tiempo perdiste tu licencia? _____ Otras sanciones? _____