STATE OF RHODE ISLAND

TRIBUNAL SUPERIOR

Formulário de Encaminhamento do Tribunal de Drogas para Adultos

TODOS OS CAMPOS SÃO OBRIGATÓRIOS - O FORMULÁRIO NÃO SERÁ PROCESSADO SE ESTIVER INCOMPLETO

Data de Encaminhamento: _____

Nome do Réu: _____ também conhecido como _____

Data de Nascimento: _____

Fonte/Advogado Encaminhador _____

Fonte/Advogado: Número de Telefone _____ Número de Fax _____

Processo em Andamento N°. e Tipo de Acusação: Data da Audiência: Para:

_____ _____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

Localização Física do Réu para Contato:

Instituições Prisionais para Adultos Divisão:_____ Status da Fiança:_____

Outras: _____ '

Endereço: _____

Cidade/Município:_____ Estado: _____

Número de Telefone: _____ _____

Número de Telefone Alternativo para Contato:_____

Outras Informações de Localização: _____ _____

Crime Violento Atual ou Anterior se Conhecido: Posse de uma Substância Controlada

Descrever: _____

_____

Comentários: _____

_____

Este formulário preenchido deve ser transmitido por fax para:

Rhode Island Adult Drug Court
Atenção: Kaitlin Glynn, Adult Drug Court Manager
Facsimile Number: (401) 222-8831

Para uso apenas pelo Escritório do Promotor Geral ou Administrador do Tribunal de Drogas para Adultos

Elegível Inelegível