|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tên: |       |  | Ngày nộp đơn: |       |
| Số Hồ Sơ Toà Án: |       |  | Ngày Giam/Trình diện: |       |

**Để nộp đơn xin tham gia Chương trình Giám sát bằng Thiết Bị Điện tử (EMP) chiếu theo Điều 1203.016 của Bộ Luật Hình Sự, hãy điền mẫu đơn này và nộp đơn tại Cơ Quan Quản Chế (Văn Phòng Chánh) 2314 N. First St. San Jose, CA 95131.**

***Nếu có bất kỳ những câu hỏi nào về chương trình, xin gọi số (408) 435-2089 hoặc (408) 435-2088.***

**Xin đính kèm theo đơn một bản sao Lệnh của Tòa Án (Court Order). Nếu quý vị hiện thời không có thì khi có hãy gửi fax một bản sao đến văn phòng chúng tôi theo số (408) 577-1883. Xin nộp đơn ít nhất 4 tuần trước ngày phải thụ án tù.**

**Chương Trình này là MIỄN PHÍ và quí vị cũng không phải trả lệ phí giám sát hàng ngày.**

Vui lòng trả lời các câu hỏi sau:

Quí vị có bất kỳ vụ án kiện hình sự nào đang chờ xét xử hay lệnh truy nã nào không? Có [ ]  Không [ ]

Nếu có? Xin giải thích:

|  |
| --- |
|       |
|       |
|       |
|       |

***Sau khi nhận được đơn xin này, nhân viên EMP sẽ thẩm định xem quý vị có hội đủ điều kiện và thích hợp với chương trình này không. Nếu đơn của quý vị được chấp nhận, Viên chức duyệt hồ sơ sẽ gọi điện thoại lập hẹn để phỏng vấn quý vị.* *Nếu đơn của quý vị bị từ chối, quý vị sẽ nhận một Lá Thư Từ Chối.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tên: |       | / |       | / |       | Tháng/Ngày/Năm Sinh: |       |
|  | Họ |  | Tên |  | Tên Lót |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Địa chỉ |       | Miêu tả nơi cư ngụ: |       |
|  | Số nhà Tên đường Thành phố Mã Vùng ( Zip Code) |  | Màu sơn của nhà, căn hộ, nhà kéo, v.. v.. |
|       | Điện thoại nhà: |       | Điện thoại di động: |       |
| Giới tính: |       | Chủng tộc: |       | Màu tóc: |       | Màu mắt: |       | Chiều cao: |       | Cân nặng: |       | Sẹo/Hình xăm: |       |
| Số An Sinh Xã Hội: |       | Số Bằng Lái/Căn Cước: |       | Hôn Nhân: |       | Tên vợ/chồng |       |

***Thông Tin Y Tế*** *(Đánh dấu vào một ô)*

 Có Không

 [ ]  [ ]  Quý vị có bị nhiễm trùng hoặc bất cứ bệnh lây truyền nhiễm nào không?

 [ ]  [ ]  Quý vị hiện có uống thuốc theo toa bác sĩ không? Nếu có, xin liệt kê dưới đây:

|  |
| --- |
|       |

***Thông Tin Liên Lạc Khẩn Cấp*** (*Tất cả thông tin bắt buộc phải đúng và có thể sẽ được kiểm chứng).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tên: |       | Quan hệ: |       | Điện thoại: |       |
| Địa chỉ: |       | Thành phố: |       | Mã vùng (Zip Code): |       |
| Tên: |       | Quan hệ: |       | Điện thoại: |       |
| Địa chỉ: |       | Thành phố: |       | Mã vùng (Zip Code): |       |

**Thông tin về xe cộ (Xe riêng)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tên Người Chủ xe: |       |  | Điện thoại: |       |
| Bảng số xe: |       |  | Ngày hết hạn đăng bộ: |       |
| Hiệu & Đời xe: |       |  | Màu xe & Kiểu: |       |

**Kê khai tất cả các chiếc xe tại có nơi cư ngụ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Đời |       | Hiệu |       | Kiểu |       | Bảng số |       | Màu |       |
| Đời |       | Hiệu |       | Kiểu |       | Bảng số |       | Màu |       |
| Đời |       | Hiệu |       | Kiểu |       | Bảng số |       | Màu |       |
| Đời |       | Hiệu |       | Kiểu |       | Bảng số |       | Màu |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Chữ ký Người Nộp Đơn: |  | Ngày: |       |

***Thông Tin về Việc Làm***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tên Sở làm: |       | Nghề: |       |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Địa chỉ: |       | / |       | / |       | / |       |
|  | Số nhà Tên đường |  | Đường ngang |  | Thành phố |  | Mã vùng (Zip Code) |
| Tên của cấp trên: |       | Số Điện thoại: |       |
| Giờ làm việc: Từ: |       | Đến: |       | Đánh dấu vào những ngày làm việc: CN [ ]  Thứ 2 [ ]  Thứ 3 [ ]  Thứ 4 [ ]  Thứ 5 [ ]  Thứ 6 [ ]  Thứ 7 [ ]  |

***Quý vị bị giới hạn chỉ làm được 50 giờ làm việc trong tuần gồm cả giờ đi lại từ nhà đến sở làm.***

***Nếu cần thiết, chúng tôi có thể liên lạc với sở của quý vị để kiểm chứng thông tin.***

***Thỏa Thuận Của Những Người Sống Chung Nhà***

**Bằng cách ký tên vào thỏa thuận này tất cả các người sống chung nhà** phải đồng ý với những quy luật của chương trình (EMP) được áp dụng cho người tham gia EMP và cho phép nhân viên EMP vào nhà để thi hành các quy luật và quy định của chương trình.

Cho Phép Khám Xét

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tôi hiểu rằng |       | đã nộp đơn xin tham gia chương trình Giám Sát Bằng Thiết Bị Điện Tử của |
|  | (Tên người nộp đơn) |  |

Sở Quản Chế Quận Santa Clara. Nếu được chấp nhận, người nộp đơn nêu trên sẽ sống tại nhà của tôi trong lúc tham gia chương trình.

Tôi hiểu rằng người tham gia chương trình EMP phải chấp nhận bị lục soát cả thân thể cùng tất cả phạm vi dưới sự kiểm soát của họ và những nơi người này sử dụng trong nhà của tôi cũng sẽ bị nhân viên của Sở Cảnh Sát Quận Santa Clara khám xét bất cứ lúc nào.

Tôi đồng ý cho phép các nhân viên quản chế/nhân viên EMP thuộc Sở Quản Chế Quận Santa Clara vào nhà tôi và mọi nơi mà người có tên trên đây đã sử dụng trong lúc họ tham gia Chương Trình Giám Sát Bằng Thiết Bị Điện Tử.

Tôi cũng hiểu rằng nếu tôi không cho phép nhân viên quản chế/nhân viên EMP vào nhà theo yêu cầu thì điều này sẽ khiến người đang tham gia chương trình bị loại khỏi **Chương Trình Giám Sát Bằng Thiết Bị Điện Tử** và phải trở lại Nhà Giam Quận Santa Clara.

Ghi tên **tất cả** những người sống chung nhà và yêu cầu họ ký tên nếu **trên 18 tuổi.** (Nếu cần thêm chỗ hãy dùng mặt sau của trang này)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Điền Tên theo lối Chữ In |  | Quan hệ | Tháng/Ngày/Năm sinh | Chữ ký |
| Ví dụ: John Doe |  | Cha |  | 01/01/45 |  | *John Doe* |
|       |  |       |  |       |  |  |
|       |  |       |  |       |  |  |
|       |  |       |  |       |  |  |
|       |  |       |  |       |  |  |
|       |  |       |  |       |  |  |
|       |  |       |  |       |  |  |

**Chương Trình Giám Sát Bằng Thiết Bị Điện Tử**

**Quy luật và Quy định**

*(Vui lòng ký tắt tên ở mỗi câu quý vị đồng ý)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tôi, |       | , với tư cách là người tham gia Chương Trình Giám Sát Bằng Thiết Bị Điện Tử của Quận Santa Clara, đồng ý  |

tuân thủ những quy luật và quy định sau đây. Tôi cũng đồng ý rằng bất cứ sự vi phạm nào đối với các luật Thành phố, Quận, Tiểu Bang hoặc Liên Bang hoặc không tuân thủ theo những quy luật và quy định này có thể dẫn đến biện pháp kỹ luật và/hoặc bị loại khỏi chương trình.

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | 1. **Tôi đồng ý và hiểu rằng tham gia EMP là một đặc quyền được ban chứ không phải một quyền hạn.** |
|  |  |
| [ ]  | 2. Tôi hiểu rằng nếu tôi bỏ trốn thì một trát lệnh tầm nã sẽ được ban hành đối với tôi. |
|  |  |
| [ ]  | 3. Tôi đồng ý sẽ ở nguyên tại nhà và khu vực lân cận, không quá 50 Ft. và tôi phải báo cho nhân viên EMP biết về bất cứ thú nuôi nào trong nhà. |
|  |
|  |  |
| [ ]  | 4. Tôi chịu trách nhiệm đối với tất cả thiết bị được lắp đặt trong nhà và đồng ý cung cấp nguồn điện cho chúng vào mọi lúc. Tôi sẽ báo cho nhân viên EMP biết khi thiết bị có bất cứ vấn đề gì. (Tất cả thiết bị EMP **không được** tiếp xúc với Quang tuyến X-Ray hoặc máy chụp MRI). |
|  |
|  |  |
| [ ]  | 5. Tôi hiểu rằng ngoài việc giám sát bằng thiết bị điện tử, tôi còn phải chịu sự giám sát trực tiếp kể cả việc thăm viếng đột xuất tại sở làm và tại nhà. |
|  |
|  |  |
| [ ]  | 6. Tôi sẽ trả lời tất cả các cuộc gọi từ nhân viên EMP hay dịch vụ giám sát vào bất cứ giờ nào. |
|  |  |
| [ ]  | 7. Tôi sẽ tuân theo những sự chỉ dẫn được đưa ra bởi nhân viên EMP và/hoặc dịch vụ giám sát. |
|  |  |
| [ ]  | 8. Nơi cư ngụ của tôi cùng tất cả những người sống chung nhà phải được nhân viên EMP chấp thuận. Hoàn cảnh sinh sống phải thích hợp cho việc hoàn tất bản án của tôi. ***Nếu bất cứ người nào sống trong nhà đang bị quản thúc qua chương trình tạm tha (parole) hoặc bị quản chế (probation), thì tôi phải báo cáo với nhân viên EMP.*** Tôi phải báo cáo với nhân viên EMP 24 giờ trước khi có khách đến nhà**. (Những người bị quản thúc qua chương trình tạm tha** **hoặc bị quản chế không được đến viếng thăm nơi tôi ở và tôi cũng không được đãi tiệc hoặc họp bạn và KHÁCH KHÔNG ĐƯỢC Ở LẠI QUA ĐÊM trừ khi có sự đồng ý của nhân viên EMP).** |
|  |
|  |  |
| [ ]  | 9. Tôi hiểu rằng tôi phải ăn mặc chỉnh tề và cư xử lễ phép trong mọi dịp tiếp xúc trực tiếp với nhân viên EMP (điều này cũng áp dụng cho người ở chung nhà và khách đến thăm). |
|  |
|  |  |
| [ ]  | 10. Tôi sẽ không sở hữu hoặc tàng trữ bất cứ loại vũ khí nào (súng ống, dao găm, nắm đấm thép, v..v..) tại nhà, trong xe hoặc tại sở làm của tôi. |
|  |
|  |  |
| [ ]  | 11. Tôi đồng ý cho bất cứ cảnh sát và/hoặc nhân viên EMP khám xét thân thể, nơi cư ngụ và xe vào bất cứ lúc nào bất kể ngày hay đêm trong lúc tham gia EMP. |
|  |
|  |  |
| [ ]  | 12. Bất cứ biến cố nào xảy ra tại nhà mà có sự can thiệp của nhân viên Công Lực, Sở Cứu Hỏa, Sở Quản Chế hoặc nhân viên y tế phải được lập tức báo cáo với nhân viên EMP. |
|  |
|  |  |
| [ ]  | 13. Tôi đồng ý rằng khi tôi hoặc người nhà có trường hợp y tế khẩn cấp thì tôi sẽ lo liệu việc đó trước tiên, rồi báo cáo ngay với nhân viên EMP qua điện thoại và cung cấp chứng cớ xác minh về vụ biến cố ấy. (Đối với tất cả sự vắng mặt được cho phép tại nhà hoặc sở làm, tôi sẽ cung cấp bằng chứng qua fax, email và text). |
|  |
|  |  |
| [ ]  | 14. Tôi sẽ báo cho nhân viên EMP biết về những thay đổi trong thời khóa biểu làm việc hoặc nếu tôi được nghỉ việc trong ngày. Tôi chỉ được phép ăn tại sở làm hoặc ở nơi nhân viên EMP cho phép. Nếu **tôi bị đuổi việc**, tôi sẽ lập tức về nhà và báo cáo với nhân viên EMP. |
|  |
|  |  |
| [ ]  | 15. Tôi đồng ý tiếp tục tham gia bất cứ chương trình tư vấn hoặc cai nghiện nào theo lệnh của Tòa hoặc Sở Quản Chế. Việc này phải được sự chấp thuận trước của nhân viên EMP. (**Quý vị bắt buộc phải trình chứng cứ cho thấy mình tham gia chương trình).** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | 16. Tôi không được phép liên lạc qua điện thoại hoặc trực tiếp với những đương sự khác đang tham gia EMP hoặc tù nhân đang bị giam giữ. Trong lúc ở nhà, tôi phải trả lời tất cả cuộc gọi hoặc tin nhắn từ nhân viên EMP. |
|  |
|  |  |
| [ ]  | 17. Sự chế biến, uống, sở hữu hoặc bị ảnh hưởng bởi **BẤT CỨ MA TÚY, THUỐC CẤM, BIA RƯỢU (hoặc chai lọ đựng những thứ này), CHẤT LÀM SAY hoặc SỬ DỤNG SAI/LẠM DỤNG THUỐC KHÔNG TOA HOẶC THUỐC CÓ TOA ĐỀU BỊ NGHIÊM CẤM**. **Cần sa dùng để chữa bệnh cũng bị cấm trong thời gian tham gia EMP.** |
|  |
|  |  |
| [ ]  | 18. Tôi đồng ý cho xét nghiệm bia rượu và/hoặc ma túy theo sự hướng dẫn của nhân viên EMP. |
|  |  |
| [ ]  | 19. Tôi sẽ không nói dối hoặc khai gian với bất cứ nhân viên quản chế hoặc nhân viên dân sự nào của Sở Quản Chế, hoặc bất cứ cơ quan công lực nào khác. |
|  |
|  |  |
| [ ]  | 20. Nếu tôi không tuân thủ theo điều kiện nêu trên, tôi hiểu là tôi sẽ bị loại khỏi chương trình. |

**DÀNH RIÊNG CHO TRƯỜNG HỢP THỤ ÁN NGOÀI QUẬN** (Để thụ án EMP ngoài Quận Santa Clara)

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | 21. Nếu bị từ chối hoặc bị loại khỏi chương trình EMP vì bất cứ lý do nào, tôi đồng ý trở về Quận Santa Clara và trình diện với nhân viên duyệt hồ sơ EMP trong vòng 48 tiếng sau khi bị từ chối hoặc loại khỏi chương trình. (Không làm việc này sẽ dẫn đến việc ban hành trát bắt giam đối với quý vị.) |
|  |

Thời khóa biểu đi làm/học:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Thời Khóa Biểu Hạn Chế |   |   |   |   |
| **NGÀY** | **GIỜRỜI NHÀ** | **GIỜĐẾN NƠI** | **GIỜ VỀ** | **GIỜ VÀO NHÀ** | **ĐỊA ĐIỂM** |
| *Thứ Hai* |       |       |       |       |       |
|   |       |       |       |       |       |
| *Thứ Ba* |       |       |       |       |       |
|   |       |       |       |       |       |
| *Thứ Tư* |       |       |       |       |       |
|   |       |       |       |       |       |
| *Thứ Năm* |       |       |       |       |       |
|   |       |       |       |       |       |
| *Thứ Sáu* |       |       |       |       |       |
|   |       |       |       |       |       |
| *Thứ Bảy* |       |       |       |       |       |
|   |       |       |       |       |       |
| *Chủ Nhật* |       |       |       |       |       |

Tôi đã đọc và ký tắt vào mỗi quy luật để cho thấy rằng tôi đã hiểu những quy luật và trách nhiệm của mình trong lúc tham gia chương trình Giám Sát Bằng Thiết Bị Điện Tử. Tôi cũng đã báo cho những người ở chung nhà biết về các quy luật và quy định của chương trình. Hơn nữa, tôi cũng hiểu rằng nếu tôi vi phạm bất cứ quy luật nào, tôi sẽ bị loại khỏi chương trình và phải trở về nhà giam của Quận Santa Clara.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Chữ ký Người Nộp Đơn: |  | Ngày: |       |

**DÀNH RIÊNG CHO KHÁCH HÀNG DÙNG THIẾT BỊ SCRAM** (sẽ hoàn tất vào ngày bắt đầu chương trình)

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | 1. Tôi đồng ý không tháo gở, phá, hoặc để bất cứ vật cản nào giữa thiết bị phát tín hiệu TAD và chân/cẳng của tôi. |
|  |  |
| [ ]  | 2. Tôi chỉ được tháo thiết bị phát tín hiệu TAD trong trường hợp khẩn cấp hoặc khi nào có sự cho phép trước của Nhân viên giám sát. |
|  |
|  |  |
| [ ]  | 3. Nếu tôi bị phỏng rát, nổi ban trên da, hoặc có bất cứ nguy cơ nào đến sức khỏe vì thiết bị phát tín hiệu TAD, tôi sẽ lập tức liên lạc với nhân viên giám sát. |
|  |

***Các Sản phẩm Cấm Dùng:***

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | 4. Tôi hiểu rằng tôi không được dùng bất cứ sản phẩm nào có chất cồn, bao gồm, nhưng không chỉ giới hạn: thuốc có cồn, thuốc tẩy rửa trong nhà và thuốc diệt khuẩn, nước súc miệng, kem thoa da, xà phòng tắm (dạng lỏng), nước hoa, dầu thơm, hoặc những sản phẩm vệ sinh cá nhân có chất cồn. Không sản phẩm nào ngoài nước và xà phòng được dùng trên da gần vùng thiết bị phát tín hiệu TAD. |
|  |

***Phá Hoại:***

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | 5. Tôi hiểu rằng việc sử dụng những sản phẩm bị cấm hoặc bất cứ sự cố gắng nào để phá tín hiệu của thiết bị phát tín hiệu sẽ được xem như là một sự vi phạm của thỏa thuận này. |
|  |

***Bơi Lội & Tắm Rửa:***

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | 6. Tôi hiểu rằng tôi không được ngâm thiết bị phát tín hiệu TAD vào nước. Hình thức tắm rửa duy nhất được cho phép là tắm vòi sen. Tôi hiểu rằng nếu tôi ngâm thiết bị phát tín hiệu TAD vào nước thì sẽ được xem như tôi đã cố phá hoại nó và sẽ được xử lý giống như tình huống cố ý làm hư. Tôi hiểu rằng tôi sẽ chịu trách nhiệm đối với bất cứ hư hại nào xảy ra từ việc ngâm thiết bị phát tín hiệu TAD vào nước cũng như phải trả thêm lệ phí gắn thiết bị mới. |
|  |

***Vệ Sinh Cá Nhân:***

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | 7. Tôi đồng ý rằng khi tắm vòi sen, tôi sẽ rửa sạch vùng xung quanh thiết bị phát tín hiệu với nước và xà phòng. Tôi sẽ dội nước sạch kỹ lưỡng và lau khô thiết bị phát tín hiệu TAD. Tôi hiểu rằng nếu không dội sạch xà phòng và lau khô vùng xung quanh thiết bị phát tín hiệu TAD thì có thể khiến da bị nổi ban. |
|  |

***Tình Trạng Sức Khỏe Hiện Thời hoặc Bệnh Trạng Đã Có Từ Trước:***

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | 8. Tôi đồng ý sẽ tiết lộ tình trạng sức khỏe hiện thời cho nhân viên giám sát và cũng sẽ báo cho họ biết về bất cứ bệnh trạng nào đã có từ trước mà tôi biết được như là đang mang thai, bị bịnh Tiểu Đường, hoặc bất cứ loại bệnh nào về da. |
|  |

Tôi xác nhận rằng đã nhận được thiết bị:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Số Seri của máy TAD đeo chân
 |       | **Ký tắt tên ở đây** |       |
| * Số Seri của máy chủ để nhà
 |       |  |

Tôi cũng hiểu rằng tôi sẽ phải chịu trách nhiệm cho việc hư hại, ngoại trừ trường hợp hư mòn thông thường theo thời gian, của thiết bị phát tín hiệu hoặc thiết bị nhận tín hiệu TAD. Tôi cũng hiểu rằng nếu tôi không hoàn trả thiết bị điện tử trong tình trạng còn hoạt động tốt, tôi sẽ bị tính tiền cho việc sửa chửa hay thay thiết bị khác theo giá biểu sau đây:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Thay mới toàn bộ thiết bị phát tín hiệu TAD
 | $2,215.00 |  |
| * Thay mới toàn bộ thiết bị nhận tín hiệu TAD
 | $1,285.00 | **Ký tắt tên ở đây** |       |

**\*\* Dành Cho Trường Hợp Đeo Máy Theo Lệnh Toà:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ngày Bắt Đầu** |       | **Ngày Dự Định Hoàn Thành:** |       |
| Tên Người Nộp Đơn: |       |  |  |
| Chữ Ký Người Nộp Đơn: |  | Ngày Ký |       |

**DÀNH RIÊNG CHO NGƯỜI SỬ DỤNG THIẾT BỊ SOBERLINK** (sẽ hoàn tất vào ngày bắt đầu chương trình)

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | 1. Giữ gìn bộ phận SL2 mọi lúc trong suốt thời gian tham gia chương trình. |
|  |  |
| [ ]  | 2. Luôn sạc đủ điện cho thiết bị SL2. |

***Thủ Tục Xét Nghiệm:***

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | 3. Trong lúc làm xét nghiệm tôi không được mang kính mát, đội mũ, hoặc bất cứ thứ gì khác có thể biến đổi diện mạo của mình. |
|  |
|  |  |
| [ ]  | 4. Tôi sẽ không để tay lên ống ngậm miệng hoặc che lỗ thông hơi phía sau trong lúc làm xét nghiệm. |
|  |  |
| [ ]  | 5. Tôi sẽ nhìn thẳng vào máy chụp hình và không cản trở máy hình dưới bất cứ hình thức nào trong lúc làm xét nghiệm. |
|  |  |
| [ ]  | 6. Tôi sẽ cố không ăn hai mươi (20) phút trước khi làm xét nghiệm. |
|  |  |
| [ ]  | 7. Tôi sẽ đợi ít nhất hai mươi (20) phút sau khi dùng nước súc miệng hoặc bất cứ sản phẩm nào có cồn, như là nhưng không chỉ giới hạn, thuốc khử trùng rửa tay hoặc bất cứ chất nào thoa ngoài da (dầu thơm hoặc thuốc diệt côn trùng) trước khi làm xét nghiệm với thiết bị SL2. |
|  |  |
| [ ]  | 8. Khi được nhắc nhở về kết quả không đạt tiêu chuẩn, tôi sẽ làm xét nghiệm lại theo hướng dẫn cho đến khi nào mức BAC xác nhận rằng tôi đã đạt tiêu chuẩn. Không xét nghiệm lại theo hướng dẫn sẽ có thể bị xem như đã có kết quả “dương tính” và/hoặc có thể bị xem là đã vi phạm hợp đồng này theo dạng “không tuân thủ”. |
|  |  |
| [ ]  | 9. Tôi sẽ làm xét nghiệm ở nhiệt độ hoạt động bình thường (32\* - 105\* F) |

***Phá Hoại Thiết Bị:***

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | 10. Những nỗ lực che đậy hoặc cản tầm nhìn của ống kính máy hình trong lúc làm xét nghiệm sẽ được báo cáo với nhân viên giám sát của tôi như là sự cố tình đánh lừa thiết bị và bị xem như vi phạm thỏa thuận này. |
|  |  |
| [ ]  | 11. Cố tình đưa những vật thể hoặc hóa chất nào vào thiết bị sẽ được xem như một vi phạm. |

***Thiết Bị Hư:***

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | 12. Tôi sẽ lập tức báo cáo với nhân viên giám sát của tôi khi có vấn đề với thiết bị SL2. Nếu tôi không thể nói chuyện thẳng với bất cứ ai hoặc nếu tôi gọi ngoài giờ làm việc, tôi đồng ý để lại tin nhắn (voicemail) bao gồm tên họ, ngày giờ đã gọi, và lý do gọi. |

***Chăm Sóc Thiết Bị:***

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | 13. Tôi sẽ cất thiết bị SL2 trong hộp đựng an toàn vào mọi lúc khi không dùng đến và tránh xa những thứ có chất cồn. |

***Xác Nhận Đã Nhận Được Thiết Bị:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | 14. Số máy SL2 |       | và (#) của Ống Thổi |

***Trách Nhiệm Đối Với Thiết Bị Đã Làm Mất, Hư Hại hoặc Đánh Cắp:***

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | 15. Tôi sẽ chịu trách nhiệm đối với bất cứ hư hại nào của thiết bị, ngoại trừ bị hư mòn thông thường theo thời gian, tôi sẽ trả tiền để sửa hoặc thay mới thiết bị và sẽ bị tính tiền nếu làm mất thiết bị, bị đánh cắp hoặc bị hư hại. (Ví dụ như làm rơi xuống nước hoặc rơi vào các loại chất lỏng khác, hoặc có những sự kiện khác khiến các bộ phận bị hư). |
|  |  |
| [ ]  | 16. Nếu không trả lại thiết bị, tôi sẽ bị tính tiền để thay mới toàn bộ thiết bị theo giá biểu sau: |

**Thiết bị SL2 $800.00**

**Hộp đựng SL2 $15.00**

**Dây sạc $10.00**

**\*\*Dành Cho Trường Hợp Đeo Máy Theo Lệnh Toà:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ngày Bắt Đầu:** |       | **Ngày Dự Định Hoàn Thành:** |       |
| Tên Người Nộp Đơn: |       |  |  |
| Chữ Ký Người Nộp Đơn: |  | Ngày Ký |       |