



# SOLICITUD PARA EL PRIVILEGIO DE LAS VISITAS

Forma de Estado 56030 (8-16)

DEPARTAMENTO DE CORRECCION DE INDIANA

**INSTRUCCIONES:** 1. Por favor escriba en letras de imprenta. 2. Todas las líneas de información deben ser llenadas. 3. Firme la solicitud. 4. Entregué la solicitud al consejero del ofensor tal como se indica abajo en el documento. 5. No intente visitar al ofensor hasta que lo notifiquen con su solicitud fue aprobada. 6. Las personas mayores de dieciséis (16) años deben presentar una identificación con foto. 7. Todas las personas menores de dieciséis (16) años deben presentar un certificado de nacimiento legible. 8. Presente una solicitud independiente para cada solicitante, incluyendo niños.

INFORMACIÓN DEL OFENSOR	
Nombre del ofensor	Numero de DOC

El ofensor nombrado arriba ha solicitado que su nombre sea añadido a la lista de visitantes aprobados. Para que esto pueda ser aceptado, usted debe completar correctamente esta solicitud. Al finalizar, regrese la solicitud a las instalaciones, dirigida a la consejera de unidad de vivienda del ofensor (no devuelva esta al infractor). Si se aprueba, es la responsabilidad del ofensor informarle y enviarle las reglas para la visita. Esta información no se puede dar por teléfono.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE					
Nombre del solicitante (apellidos, nombre, segundo nombre)		Fecha de nacimiento (día, mes, año)		Género	Raza
Dirección actual (calle y número, ciudad, estado y código postal) - Debe coincidir con identificación utilizada.			Dirección de e-mail		Número de teléfono ( )
Número de licencia de conducir	Estado de la cuestión	Número de identificación del estado	Estado de la cuestión	Otro número de identificación aprobado	Tipo
Esta usted relacionado con este ofensor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si está relacionado, cómo? (Debe ser familia inmediata.)*			

\* Familia inmediata limitado a madre, padre, hermanos, cónyuge, hijos, abuelos, nietos, incluyen esos con "medios parientes" o relaciones adoptivas, y esas personas con la misma relaciones de su conyuge. Hasta un máximo de doce (12) personas en lista de contactos del ofensor.

¿Aplicación menor de dieciocho (18) años de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez ha sido condenado por un delito grave? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Estás en libertad condicional y libertad vigilada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene usted alguna cargos pendientes contra usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez has sido encarcelado en una instalación penal en cualquier estado o país? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, ¿dónde? (Adjuntar hoja adicional, si es necesario) ¿Por qué? (Adjuntar hoja adicional, si es necesario)	

Si usted contestó "Sí" a cualquiera de las preguntas en negrita, debe enviar una solicitud por escrito para la visita privilegios al Superintendente de la instalación apropiada. Si usted está en libertad condicional y libertad vigilada, también debe presentar por escrito la aprobación de su libertad condicional y libertad vigilada.

¿Actualmente o anteriormente de un empleado del Departamento de Corrección de Indiana o cualquier instalación correccional en cualquier estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ubicación	Última fecha de empleo (día, mes, año)
¿Está usted en alguna otra lista de visita de ofensores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, nombre del ofensor	Numero de DOC
Relación	Si la respuesta es sí, nombre de facilidad.	
¿Está usted o ha sido voluntario del Departamento de Corrección de Indiana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de voluntario	

### ALGUNA INFORMACION FALSA EN ESTA SOLICITUD DE PRIVILEGIOS DE VISITA VA A RESULTAR EN INMEDIATA SUSPENSION DE PRIVILEGIOS DE VISITA EN TODAS LAS FACILIDADES DEL DEPARTAMENTO DE CORRECCION DE INDIANA.

Al firmar a continuación, indica que:

- Usted ha leído, comprendido y que acepta cumplir con todas las normas establecidas por el Departamento de Corrección, a fin de visitar cualquier delincuente en cualquier departamento instalaciones
- Usted comprende que usted, su propiedad y su vehículo, mientras que el Departamento de corrección de motivos, están sujetas a la búsqueda, incluyendo frisk búsquedas y el uso de detectores de metales, equipos de escaneo, iones y/o perros de búsqueda. Usted será examinado antes de permitírseles entrar a la visita a la zona. La negativa a someterse a una búsqueda tendrá como consecuencia que no permite visitar y se le solicitará que deje las instalaciones de inmediato. Ese rechazo puede restringir la capacidad de visitar cualquier delincuente en cualquier departamento de corrección de instalaciones.
- Usted entiende que antecedentes penales / garantía comprobación se realiza para cada aplicación para visitar los privilegios.
- Usted entiende que la posesión de armas de fuego, cuchillos, armas, municiones, estupefacientes, sustancias controladas, bebidas alcohólicas, tabaco, marihuana o tabaco elementos relacionados, o dispositivos electrónicos, incluyendo teléfonos celulares, agendas u otros dispositivos de comunicación está estrictamente prohibida. Medicamentos y dinero / monedas sólo puede ser poseída en conformidad con las normas del Departamento.
- Usted entiende que las visitas son supervisadas y videograbadas.
- Usted entiende que poniendo un delincuente en cualquier tipo de pen-pal foro o redes sociales resultará en medidas disciplinarias para el agresor, aunque desconocía el delincuente fue colocado en cualquier tipo de pen-pal foro o redes sociales.
- Usted certifica que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, correcta y lo más actualizada posible a lo mejor de su conocimiento y que deberá notificar a la instalación de cualquier cambio de dirección, número de teléfono, etc.

Firma del solicitante	Fecha (día, mes, año)
Firma del padre / tutor legal (si es menor de dieciocho (18))	Fecha (día, mes, año)

### DEVUELVA ESTE FORMULARIO A:

Nombre del servicio	Atención: Consejero de _____ unidad de vivienda
Dirección del establecimiento (calle y número, ciudad, estado y código postal)	

### SÓLO PARA USO EN OFICINA / FOR OFFICE USE ONLY

Approved? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Signature of reviewing authority (please sign legibly)	Date (month, day, year)
---	--	-------------------------