



Aplicación para Visitas

Departamento de Corrección de Connecticut

CN 100601/1 (SP)
REV 10/23/13

Nombre del Confinado:

Número de Confinado:

Institución/Unidad:

El confinado nombrado en este formulario a solicitado permiso para que usted sea aprobado(a) en la lista de visitantes. Para procesar esta solicitud, usted deberá proveer la información requerida en este formulario. Si Usted no llena y firma debidamente este formulario, o provee información falsa, la solicitud de visita será negada. Negaciones pudieran ser apeladas al Alcaide de la institución por escrito por el propuesto visitante dentro de 10 días de la notificación de la rechazo.

Nombre completo:

Fecha de Nacimiento:

Apellido de soltera o previamente conocido como (si aplica):

Dirección residencial (apartado de correo no es aceptable) ciudad, estado y zona postal:

Su número de teléfono incluyendo el código de área:

Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

Su relación con el confinado:

Cualquier visitante, menor de 18 años, tiene que estar acompañado por un adulto, miembro de la familia inmediata o extendida, o por un adulto autorizado apropiadamente por el Departamento de Niños y Familias, quienes también tienen que llenar una aplicación para visitas. Si usted es menor de 18 años tiene que proveer la siguiente información adicional:

Nombre completo de padre(s) o encargado legal:

Dirección residencial (apartado de correo postal no es aceptable) ciudad, estado y zona postal:

Autorización del Padre o Guardián Legal para que un miembro de la familia extendida acompañe a una persona menor de 18 años de edad. Mi firma abajo certifica que soy el Padre/Guardián Legal del niño(a) menor de edad indicado arriba. Por este medio doy mi aprobación para que el niño(a) indicado arriba visite al confinado indicado en esta aplicación a una institución correccional. No estoy informado de ninguna prohibición legal en contra de una visita entre el niño(a) y el confinado.

Firma

Fecha

CONTESTES LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1. ¿Ha sido usted convicto de un crimen incluyendo multas, probación o sentencia suspendida? ☐ Si ☐ No (si no, proceda a la pregunta 5)

2. De ser así, ¿dónde?

¿Cuándo?

¿Sentencia?

3. ¿Se encuentra Usted en probación? ☐ No ☐ Si- (explique)

4. ¿Se encuentra Usted en libertad bajo palabra? ☐ No ☐ Si-(explique)

5. ¿Está en alguna otra lista de visitantes? ☐ Si ☐ No (Si no, proceda a la pregunta 8)

6. De ser así, ¿a quién(es)?

7. ¿En cuál(es) Institución(es) Correccional(es)?

8. ¿Es usted un voluntario actual aprobado del DOC? ☐ Si ☐ No

9. ¿Es usted un empleado actual o ex empleado del Departamento de Corrección? ☐ No ☐ Si (explique abajo)

CONTINUE EN EL LADO OPUESTO>>>



Aplicación para Visitas

Departamento de Corrección de Connecticut

CN 100601/2 (SP)
REV 10/23/13

10. ¿Tiene usted alguna incapacidad que requiera acomodo especial? ☐ Si ☐ No

11. ¿Es usted o ha sido alguna vez víctima de un crimen que envuelva el confinado antes mencionado?

(De ser afirmativo, explique abajo): **El no proveer esta información pudiera impedirle visitar y/o enviarle dinero al confinado nombrado en este formulario).**

☐ Si ☐ No

12. ¿Usa usted un marcapaso o desfibrilador? ☐ Si ☐ No

Si contesta "Si" usted tendrá que proveer documentación medica firmada por un proveedor de servicios de salud con licencia. Si contesta "Si" y no provee la documentación medica, su elegibilidad para visitar será basada en la discreción del Alcaide.

Por este medio solicito ser incluido a la lista aprobada de visitantes de este confinado. Certifico que he leído y entiendo las reglas y regulaciones de visita del confinado especificadas incluida es esta aplicación. También entiendo que el suplir información falsa resultará en el rechazo de ésta solicitud.

Firma:

Fecha:

REGRESE ESTE FORMULARIO CUANTO ANTES A:

Nombre del miembro del personal y título:

Fecha:

Nombre y dirección de la Institución:

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA – USO INSTITUCIONAL SOLAMENTE

La solicitud de este individuo a ser añadido a la lista de visitas del confinado está ☐ APROBADO ☐ RECHAZADO

Razón por el rechazo:

Nombre del miembro del personal:

Título:

Firma del miembro del personal:

Fecha: