

FAVOR DE NOS HACER LA VISITA HASTA QUE EL RECLUSO LE NOTIFIQUE QUE HA SIDO APROBADO.

NOTA: Antes de completar esta solicitud, favor de revisar los procedimientos de registro del Departamento de Correcciones en la parte de atrás de esta solicitud. NO DEJE ESPACIOS EN BLANCO NI PROPORCIONE INFORMACIÓN FALSA. El hacerlo ocasionará que se le NIEGUE su solicitud.

1. Nombre del recluso: _____ Número del recluso: _____

INFORMACIÓN DEL VISITANTE

2. _____
Apellido Legal Nombre Legal Segundo Nombre Nombre de Soltera Teléfono

3. Su relación con el recluso: _____ ¿Cuánto tiempo ha conocido al recluso? _____

4. _____
Fecha nacimiento Sexo Estado Civil Nombre Cónyuge Su número de Seguro Social

5. _____
Dirección Ciudad Condado Estado Código Postal

6. Favor enumerar únicamente **SUS** hijos o hijos sobre los que tenga **custodia (favor de presentar evidencia)** menores de 18 años que visiten con usted. **Los mayores de 18 años deberán completar un cuestionario por separado.**

Nombre _____
Fecha Nacimiento _____
SS# _____ M – F
Relación con el recluso _____

Nombre _____
Fecha Nacimiento _____
SS# _____ M – F
Relación con el recluso _____

Nombre _____
Fecha Nacimiento _____
SS# _____ M – F
Relación con el recluso _____

Nombre _____
Fecha Nacimiento _____
SS# _____ M – F
Relación con el recluso _____

Respecto a los hijos del recluso, el padre/tutor deberá completar la solicitud y marcar una de las siguientes opciones:

- Los hijos solo pueden visitar junto con el padre/tutor aprobado
- Los hijos pueden visitar junto a cualquier visitante adulto aprobado

7. ¿Tiene cargos pendientes? Sí No
¿Dónde? _____ Si responde sí, ¿cuál es el cargo(s)? _____

8. Si usted ha sido arrestado, ya sea como adulto o como joven, complete toda la información a continuación. Incluya faltas menores y felonías, juicios diferidos, y períodos de encarcelamiento, incluso tiempo en la cárcel. _____

9. ¿Está usted encarcelado o ha estado encarcelado o bajo libertad temporal/provisional? Sí No
¿Dónde? _____ Fecha de liberación: _____

10. ¿Ha estado involucrado en el uso ilegal de drogas? Sí No

11. ¿Es actualmente o ha sido alguna vez empleado o voluntario, contratista del Departamento de Correcciones, o empleado del sector privado que trabaja con el Departamento de Correcciones? Sí No
Si lo ha sido, favor de indicar el nombre de la institución y las fechas de empleo o trabajo voluntario: _____
Fecha(s): _____

12. ¿Está o ha estado anteriormente en la lista de visitantes de cualquier recluso del Departamento de Correcciones?
 Sí No

13. ¿Se le han negado, suspendido o cancelado alguna vez sus privilegios de visitante? Sí No

14. Si respondió "sí" a cualquiera de las dos preguntas anteriores, pavor de indicar el nombre del recluso, su número y su relación con él/ella: _____

15. Para proporcionarle mejor seguridad como visitante, favor de hacernos saber si usted ha sido víctima de algún recluso bajo la supervisión o encarcelado por parte del IDOC. Si así es, favor de indicar nombre(s) del recluso(s), número de identificación (si lo sabe) condado, cargo y número de caso: _____

16. ¿Es usted un ciudadano legal de los Estados Unidos? (se solicitará identificación con foto en visitas). Sí No

NOTA: El Departamento de Correcciones evaluará esta información en base a bases de datos de fuerzas del orden tanto estatal como federal. El no completar correctamente cualquiera de la información que se da en la parte de arriba tendrá como resultado que se niegue esta solicitud. Favor de asegurarse de firmar la parte de atrás de la solicitud. Se le recomienda quedarse con una copia de esta solicitud

NOTA:

- Todos los visitantes están sujetos a procedimientos de registro: Esto puede incluir métodos de registro electrónico no-intrusivos. Si un visitante se niega a ser registrado, no se le permitirá hacer la visita y se podrán evaluar sus privilegios de visita.
- Para mantener zonas de prisión libres de drogas, se podrá aplicar a los visitantes potenciales el método no-intrusivo de ION SCAN que detecta el uso, manejo o asociación con sustancias ilegales (drogas). Si la prueba diese un indicación positivo de asociación con sustancias ilegales o si se rehúsa a ser sometido a la prueba, se aplicarán las siguientes restricciones de visitas:
 - A) Primera Vez. Se le suspenderán los privilegios de visita a partir de la fecha y hora de la prueba por los siguientes dos (2) días de visita. Las visitas futuras pueden restringirse a condición de no-contacto.
 - B) Segunda Vez. Se le suspenderán los privilegios de visita a partir de la fecha y hora de la prueba por los siguientes siete (7) días de visita. Las visitas futuras pueden restringirse a condición de no-contacto.
 - C) Tercera Vez. Se le suspenderán los privilegios de visita a partir de la fecha y hora de la prueba por los siguientes quince (15) días de visita. Las visitas futuras pueden restringirse a condición de no-contacto.
 - D) Cuarta Vez. Se le suspenderán los privilegios de visita a partir de la fecha y hora de la prueba por los siguientes treinta (30) días de visita. Además, se le colocará en condición de visitas sin contacto por ciento ochenta (180) días a partir de la fecha de la primera visita elegible. Si usted tuviera resultado positivo de esta fecha en adelante, sus privilegios de visita estarán limitados permanentemente a condición de no contacto.
 - E) El rehusarse a que se le practique la prueba resultará en suspensión de privilegios de visita a las instalaciones por quince (15) días naturales a partir de día en que se rehúse.

Los visitantes podrán enviar una apelación por escrito al Alcaide si recibe alguna de las sanciones mencionadas anteriormente.

Doy mi consentimiento para que se inicie una investigación sobre mis antecedentes con agencias del orden público y autorizo a las agencias del orden público a que proporcionen la información. Entiendo que cualquier falsificación de la información que he proporcionado anteriormente me descalificará como visitante.

17. _____
Firma _____
Fecha

Es responsabilidad del recluso el notificarle de la aprobación de su solicitud como visitante.

Envíe la solicitud complete a Centralized Visiting Authority a: Mt. Pleasant Correctional Facility
Attn: Central Records
1200 E. Washington
Mt. Pleasant, IA 52641

cc: archivo

ROMPA EL SILENCIO – El DOC de Iowa tiene tolerancia cero sobre cualquier tipo de violencia sexual. Si se le ha informado o está preocupado sobre actos de violencia sexual cometidos contra cualquier persona en una prisión del IDOC, favor de contactar inmediatamente el Alcaide.