 **SOLICITUD DE RESOLUCIÓN**

**Numero de ID log** para apelación o reescritura:

Instalación/Oficina recibida Fecha/hora de recepción

Nombre (Apellido, Nombre, Segundo nombre) Instalación/Unidad actual Numero de DOC

**Categoría:**  Servicios no relacionados con la salud  Servicios de Salud

**Marcar una opción:**  Inicial  Emergencia  Apelación  Reescritura

Lugar del incidente Fecha del incidente/Hora

Nombre(s) del testigo y número de DOC, si procede:

Proporcione un resumen de lo que sucedió y cómo le afectó:

Solución sugerida (opcional) :

Firma (requerida) Fecha

|  |
| --- |
| **RESPUESTA DEL ESPECIALISTA EN RESOLUCION** |

Se está preparando la documentación formal de la queja/apelación.  Administrativamente retirado

La solicitud no se acepta según el Manual del Programa de Resolución.  Intento de resolución informal

Additional information and/or rewrite needed. Return by:        Usted solicitó retirarla

No se ha recibido una reescritura. El Especialista en Resolución la retira del día de:

Se envió a       el día de       Ser recibió por parte de       el día de

Comentarios:

Shape

Description automatically generated with low confidence

Especialista en Resolución Firma Fecha

**PLAZOS**Las solicitudes de resolución deben presentarse en un plazo de 30 días a partir de la fecha del incidente. Las apelaciones y las solicitudes de reescritura deben presentarse en un plazo de 10 días hábiles a partir de la fecha de respuesta. Incluya el número de identificación de registro para cualquier reescritura o apelación. Las instalaciones penitenciarias y de reingreso proporcionarán buzones de resolución en zonas accesibles para que los individuos presenten solicitudes de resolución.

**PARA MONITOREO ELECTRÓNICO EN EL HOGAR O SUPERVISIÓN COMUNITARIA ENVÍE LOS FORMULARIOS A:**Departamento Correccional  
Attn: Resolution Program Manager  
PO Box 41129  
Olympia WA 98504-1129

**PARA SOLICITUDES DE RESOLUCIÓN ACEPTADAS Y NO ACEPTADAS**Consulte el Manual del Programa de Resolución

**PROCEDIMIENTOS DE SOLICITUD DE RESOLUCIÓN DE EMERGENCIAS**Una solicitud de resolución de emergencia requiere una acción inmediata y, si se maneja a través del proceso de resolución de rutina, podría crear un daño adicional o innecesario. (por ejemplo, incluir dolor en el pecho, niveles altos de azúcar en la sangre, una amenaza de daño físico, una reacción alérgica, información sobre un posible disturbio grupal, conocimiento de un arma, dolor abdominal severo, un plan de escape, sangrado severo)  
Las solicitudes de resolución de emergencia se clasifican en uno de los siguientes criterios:

1. Implicar una amenaza potencialmente grave para la vida o la salud de una persona, empleado, personal contratado o voluntario.

2. Relacionarse con el dolor intenso que sufre el individuo.

3. Implicar una amenaza potencial para el funcionamiento ordenado de una instalación.  
Recuerde que las solicitudes de emergencia deben entregarse directamente a un empleado o personal contratado. Si coloca el formulario en el buzón, no se procesará hasta el siguiente día de recogida programado y no se considerará una solicitud de resolución de emergencia. Tenga en cuenta que no se requiere una solicitud de resolución de emergencia para que un individuo declare una emergencia médica.

**COMPLETAR EL FORMULARIO DOC 05-165 SOLICITUD DE RESOLUCIÓN**La inquietud por escrito debe caber en la sección permitida de una Solicitud de Resolución DOC 05-165 y ser una declaración simple y directa que describa el problema o incidente. Se recomienda incluir una solución sugerida para el intento de resolución informal. No se aceptarán las preocupaciones que no se hayan producido y que se basen en especulaciones o información de oídas (información de terceros o lo que alguien dijo haber oído). Las solicitudes que contengan un lenguaje o terminología jurídica excesiva se devolverán al individuo para que las reescriba. La solicitud debe identificar cómo le ha afectado personalmente la acción o el incidente y debe presentarse en su nombre. Términos como “nosotros”, “nos”, “nuestra” o “la población encarcelada” indican una solicitud de “demanda colectiva” y se devolverán para que se vuelva a redactar. Se requiere que el individuo proporcione cualquier evidencia física en su posesión para respaldar su alegación. Si hay un testigo potencial, debe identificarse en la solicitud original o durante una entrevista. Todas las solicitudes de resolución y apelaciones requieren una firma, fecha y número del DOC, a menos que el individuo tenga una adaptación de la ADA.

Información requerida para presentar una solicitud:

* ¿A quién concierne o quién estuvo involucrado (por ejemplo, funcionario, consejero, voluntarios, recluso)?
* ¿Qué sucedió (es decir, cuál es la base de la acusación, situación o problema)?
* ¿Cuándo tuvo lugar el incidente/problema (es decir, identifique la fecha, hora o turno)?
* ¿Dónde tuvo lugar el incidente/problema (por ejemplo, patio, celda de detención, sala de estar, cocina)?
* ¿Por qué tuvo lugar el incidente/problema (es decir, ¿cuál fue la motivación de la acción tomada?)
* ¿Cómo ocurrió el suceso (es decir, ¿qué prácticas o procedimientos se aplicaron?)

**El contenido de este documento puede ser susceptible de divulgación pública. Los números de la Seguridad Social se consideran información confidencial y se redactarán en caso de que se solicite. Este formulario se rige por la Orden Ejecutiva 16-01, RCW 42.56 y RCW 40.14.**

Distribution: **WHITE/ORIGINAL** - Submit Initial, Appeal, Rewrite to box/mail **PINK/COPY** - Individual

Emergency Resolution Requests directly to employee/contract staff