



CORRESPONDENCE STUDY REQUEST
SOLICITUD PARA TOMAR CURSOS POR CORRESPONDENCIA

Name/Nombre: _____ DOC number/Núm. DOC: _____
Last, First, MI/APELLIDO, Nombre, Segundo

Facility/Instalación: _____ Custody level/Nivel de custodia: _____

ERD: _____ NRD: _____

EDUCATION HISTORY/ESTUDIOS ANTERIORES

High school diploma/Diploma de preparatoria Yes/Sí No

Name of school/Nombre de la escuela: _____

GED Yes/Sí No Location tested/Lugar de la prueba: _____

Goal/Meta: _____

How is the educational/vocational goal related to your release plan?
¿Cómo se relaciona su meta educativa/técnica con su plan de libertad?

CORRESPONDENCE PROGRAM INFORMATION/
INFORMACION DEL PROGRAMA DE CORRESPONDENCIA

Program title/Nombre del programa: _____

Program type/Clase de programa: Certificate/Certificado Associate degree/Título de asociado
 Bachelor's degree/Licenciatura Graduate degree/Título de posgrado

Name of college or university/Nombre del instituto o universidad: _____

Street address/Dirección: _____

City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip code/Código postal: _____

PROGRAM PAYMENT PLAN/PLAN DE PAGO DEL PROGRAMA

How will payment be made? / *¿Cómo se efectuará el pago?*

- From my facility account/De mi cuenta institucional
- By family member or approved third-party paying college directly
Un familiar u otra tercera persona aprobada pagarán al instituto o universidad directamente
- By family member or approved third-party putting money into my education subaccount (no deductions)
Un familiar/tercera persona aprobada depositará dinero en mi subcuenta de educación (sin descuentos).

The Department is not responsible for the cost of this program in the event I am transferred to another facility or placed in a unit where correspondence programs are not allowed. I authorize the Department to withdraw funds from my account to pay for the cost of tuition, books, and supplies.

El Departamento no se hace responsable del costo de este programa en caso de que se me traslade a otra institución o unidad de vivienda en la cual no se permitan los cursos por correspondencia. Autorizo al Departamento a retirar dinero de mi cuenta para pagar el costo de la instrucción, los libros y los útiles.

Signature/Firma _____

Date/Fecha _____

Student name/Nombre del Estudiante: _____
Last, First, MI/APELLIDO, Nombre, Segundo Nombre

**CASE MANAGER PRE-APPROVAL/
 PRE-APROBACION DEL ADMINISTRADOR DEL CASO**

- | | | |
|--|---------------------------------|-----------------------------|
| Verified high school diploma or GED (OMNI programs) <i>Diploma de preparatoria o GED verificado (Programas OMNI)</i> | <input type="checkbox"/> Yes/Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Correspondence program relates to the release plan <i>Curso por correspondencia está relacionado con el plan de libertad</i> | <input type="checkbox"/> Yes/Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Program will fit into the individual's time structure <i>El programa cabe en la estructura de la pena del individuo</i> | <input type="checkbox"/> Yes/Sí | <input type="checkbox"/> No |
| The proposed correspondence program is not a security threat <i>El curso propuesto no es una amenaza para la seguridad</i> | <input type="checkbox"/> Yes/Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Proposed correspondence education provider is accredited <i>Instituto/Universidad para el curso propuesto está acreditado</i> | <input type="checkbox"/> Yes/Sí | <input type="checkbox"/> No |

Case manager/Administrador del Caso _____ Signature/Firma _____ Date/Fecha _____

**EDUCATION EMPLOYEE/CONTRACT STAFF PRE-APPROVAL/
 APROBACION PREVIA DEL PERSONAL DOCENTE O PERSONAL DE CONTRATO**

Education employee/contract staff interview – Student goal:
Entrevista con personal de la escuela/personal de contrato – Meta del estudiante

Facility resources that will be needed to support the correspondence education program:
Recursos institucionales requeridos para apoyar los estudios por correspondencia del interno/interna:

| | <u>Needed/Se necesita</u> | <u>Education Dept. able to provide Depto. Educativo lo puede proveer</u> |
|---|---|--|
| Computer/Computador | <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No |
| DVD player/Reproductor de DVDs | <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No |
| Test proctoring/Supervisión de exámenes | <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No |
| Other/Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No |

Approved/Aprobado Denied/Denegado Reason/Razón: _____

Name/Nombre _____ Signature/Firma _____ Date/Fecha _____

**CASE MANAGER FINAL APPROVAL/
 APROBACION FINAL DEL ADMINISTRADOR DEL CASO**

- | | | |
|--|---------------------------------|-----------------------------|
| DOC 20-309 Correspondence Education College Provider/Student Agreement received. <i>DOC 20-309 Instituto Proveedor de Educación por correspondencia/Acuerdo de estudiante recibido.</i> | <input type="checkbox"/> Yes/Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Facility resources are sufficient to support the education program. <i>Los recursos de la instalación son suficientes para cubrir el programa educativo.</i> | <input type="checkbox"/> Yes/Sí | <input type="checkbox"/> No |
| All textbooks and other required educational materials are approved. <i>Todos los libros de texto y otros materiales educativos requeridos están aprobados.</i> | <input type="checkbox"/> Yes/Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Individual has sufficient funding to cover all educational expenses. <i>El individuo tiene los fondos suficientes para cubrir todos los gastos educativos.</i> | <input type="checkbox"/> Yes/Sí | <input type="checkbox"/> No |

Student name/*Nombre del Estudiante*: _____
Last, First, MI/*Apellido, Nombre, Segundo Nombre*

Payment will be deducted from/*Se restará el pago de*:

- Facility account/*La cuenta institucional*
- Education subaccount/*La subcuenta de educación*
- Family or approved third-party paying provider directly/*La familia u otra tercera persona aprobada paga al proveedor directamente*

Approved/*Aprobado* Denied/*Denegado* Reason/*Razón*: _____

Case manager/*Administrador del Caso* Signature/*Firma* Date/*Fecha*

The contents of this document may be eligible for public disclosure. Social Security Numbers are considered confidential information and will be redacted in the event of such a request. This form is governed by Executive Order 16-01, RCW 42.56, and RCW 40.14.

Es posible que la información de este documento califique para la revelación pública. Los números de seguro social son confidenciales y serán eliminados en caso de una petición de esta naturaleza. Este formulario está gobernado por la Orden Ejecutiva 00-03, RCW 42.56 y RCW 40.14.

Distribution: **ORIGINAL** - Imaging file/case manager
COPY - Local Business Office, Education, Property Manager, Mailroom, Student