**SPECIAL VISIT REQUEST**

***PETICIoN PARA UNA VISITA ESPECIAL***

Name*/Nombre* DOC number Living unit/*Unidad de vivienda* Date/*Fecha*

 *Número del DOC*

This form is to be submitted to facility visit employees as soon as possible, but no less than 5 business days before the requested date.

*Este formulario debe enviarse a los empleados de visitas de las instalaciones lo antes posible, pero no menos de 5 días hábiles antes de la fecha solicitada.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Date and time of requested visit(s):*****Fecha y hora de visita(s) solicitada:*** | **DATE*/FECHA*** | **START TIME*****HORA DE INICIO*** | **END TIME*****HORA DE TERMINO*** |
|  |       |       |       |
|  |       |       |       |
| **Intended visitor(s)/V*isitantes deseados:*** |       |       |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NAME*/NOMBRE*** | **AGE/*EDAD*** | **EMAIL*****CORREO ELECTRONICO*** | **HOME ADDRESS (complete)*****DIRECCION DE CASA*** |
|       |       |       |            |
|       |       |       |            |
|       |       |       |            |
|       |       |       |            |

Reason for visit/*Razón de la visita*:

Requestor’s signature*/Firma del solicitante*:

|  |
| --- |
| **DO NOT WRITE BELOW THIS LINE/*NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA*** |

File materials, documents, and/or contacts verify accuracy of the above*/Materiales de archivo, documentos, y/o contactos que verifican la veracidad de lo anterior*:

Visit Sergeant/*Sargento de Visitas* Signature*/Firma* Date*/Fecha*

NCIC/WACIC/JABS Clear*/Autorizado por NCIC/WACIC/JABS* [ ]  Yes*/Si* [ ]  No

Employee signature who conducted background check Date*/Fecha*

*Firma del Empleado que verificó los antecedentes Penales*

[ ]  Approved*/Aprobado* [ ]  Denied*/Denegado*

Approver signature*/Firma de quien aprueba* Date*/Fecha*

Comments/*Comentarios*:

**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.**

***El contenido de este documento puede ser elegible para su divulgación pública. Los números de la seguridad social se consideran información confidencial y serán eliminados en caso de tal solicitud. Este formulario está regulado por la Orden Ejecutiva 16-01, RCW 42.56 y RCW 40.14.***

Distribution: **ORIGINAL** - Imaging file