



REENTRY ORIENTATION / *ORIENTACION DE REINGRESO*

- Graduated Reentry/Reingreso Graduado
- Community Parenting Alternative/Alternativa para Padres de Familia en la Comunidad

Name/Nombre	DOC number/Núm. DOC	Date/Fecha
<input type="checkbox"/> General rules <i>Reglas generales</i>	<input type="checkbox"/> Daily itinerary <i>Itinerario diario</i>	
<input type="checkbox"/> Curfew <i>Toque de queda</i>	<input type="checkbox"/> Grievance procedures <i>Procedimientos para quejas</i>	
<input type="checkbox"/> Community resources <i>Recursos de la comunidad</i>	<input type="checkbox"/> Home search waiver <i>Renuncia a derechos de Registro Domiciliario</i>	
<input type="checkbox"/> Religious practices <i>Prácticas Religiosas</i>	<input type="checkbox"/> Non discrimination <i>No discriminación</i>	
<input type="checkbox"/> No research participation <i>No Participación en Experimentos de Investigación</i>	<input type="checkbox"/> Case management plan <i>Plan de manejo del caso</i>	
<input type="checkbox"/> Classification procedures <i>Procedimientos de clasificación</i>	<input type="checkbox"/> Job search rules/expectations <i>Reglas/expectativas para búsqueda de trabajo</i>	
<input type="checkbox"/> Substance use disorder testing <i>Pruebas para trastorno por uso de sustancias</i>	<input type="checkbox"/> Earned release time certification <i>Certificación del Tiempo Ganado de Liberación</i>	
<input type="checkbox"/> Assigned employee/contract staff <i>Empleados asignados/personal de contrato</i>	<input type="checkbox"/> DOC 850.625 Sexual Harassment <i>DOC 850.625 Acoso Sexual</i>	
<input type="checkbox"/> Access to mental health, medical, and dental care <i>Acceso a salud mental, servicios médicos y odontológicos</i>		
<input type="checkbox"/> Disciplinary procedures, including good time credits <i>Procedimientos disciplinarios, incluyendo créditos por buena conducta</i>		
<input type="checkbox"/> Mail correspondence, telephone usage, visiting regulation <i>Correspondencia por correo, uso del teléfono, y reglamento de visitas</i>		
<input type="checkbox"/> Budget and saving plans, including financial transactions and Legal Financial Obligations <i>Presupuesto y planes de ahorro, incluyendo transacciones financieras y Obligaciones financieras Legales</i>		
<input type="checkbox"/> No working as an informant (Exception may be granted by the Reentry Senior Administrator when police provide evidence that s/he is the only individual capable of obtaining information) <i>No trabajar como informante (Se podrá conceder una excepción de parte del Administrador Superior de Reingreso, cuando la policía proporcione pruebas de que él/ella es la única persona capaz de obtener la información)</i>		
<input type="checkbox"/> Custodial Sexual Misconduct: I understand that sexual misconduct between an individual on community supervision and a Department employee is a violation of Washington State Law per RCW 9A.44.160. Any allegation(s) of custodial sexual misconduct will be investigated and may result in the prosecution of the employee. I understand that under the law, there is no consensual sex between a Department employee and an individual on community supervision. I understand the reporting process for custodial sexual misconduct. If you have any questions, you may contact the Reentry Senior Administrator at (360) 725-8828.		

Conducta Sexual Inapropiada bajo Custodia: *Tengo entendido que la conducta sexual inapropiada entre un individuo que este en supervisión comunitaria y un empleado del Departamento es una violación de la ley del Estado de Washington de acuerdo al RCW 9A.44.160. Cualquier Alegación de conducta sexual inapropiada bajo custodia será investigada y puede resultar en el enjuiciamiento del empleado. Entiendo que en virtud de la ley, no hay una relación sexual consentida entre un empleado del*

Departamento y un individuo en supervisión comunitaria. Yo entiendo el proceso para reportar una conducta sexual inapropiada bajo custodia. **Si usted tiene alguna pregunta, puede ponerse en contacto con el Administrador Superior de Reingreso al (360) 725-8828.**

Americans with Disabilities Act accommodation required (e.g., braille, video-closed captioning, language interpreter):

Ley de Estadounidenses con discapacidades, requerimiento de acomodaciones (por ejemplo, Braille, video con subtítulos, intérprete): _____

Interpreter name/Nombre del Intérprete: _____ Date/Fecha: _____

**I hereby acknowledge that I have received orientation regarding all items checked above.
Reconozco que he recibido orientación sobre todos los elementos marcados anteriormente.**

Signature/Firma

Date/Fecha

Witness name/Nombre del Testigo

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.

El contenido de este documento puede ser elegible para su divulgación pública. Los números del seguro social se consideran información confidencial y serán eliminados en caso de tal solicitud. Este formulario está regulado por la Orden Ejecutiva 00-03, RCW 42.56 y RCW 40.14.

Distribution: **ORIGINAL** - Case manager file **COPY** - Imaging file, Participant