



# SOLICITUD DE RESOLUCIÓN

<b>NUMERO DE ID LOG:</b>	
Instalaciones/oficina recibida	Fecha/hora recibido /

**Marque uno:**

Incluir número de ID de registro para apelación o reescritura

- Inicial     Servicios de Salud     Emergencia     Apelación     Reescritura

Apellido	Primer Nombre	2do Nombre	Núm. DOC
Instalaciones/oficina		Unidad/celda	
Ubicación		Fecha del incidente	Hora
Testigos nombres y números DOC (si es relevante):			
¿Sobre quién (nombres) y/o qué (política, procedimientos o práctica) está presentando su preocupación?			
Proporcione una breve descripción de lo que sucedió y cómo le afectó: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			
Remedio sugerido: _____ _____			

Firma (**Obligatoria**): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b>Respuesta del especialista en resolución</b> <input type="checkbox"/> Se está preparando papeleo formal de la preocupación/apelación <input type="checkbox"/> La solicitud no se acepta según el Manual del Programa de Resolución <input type="checkbox"/> Usted solicito retirar la preocupación <input type="checkbox"/> Se necesita información adicional y/o reescribir. Devolverla el día: _____ <input type="checkbox"/> No se ha recibido reescritura. El especialista en resolución la retiro el día: _____ <input type="checkbox"/> Enviado a _____ el día _____ <input type="checkbox"/> Recibido de _____ el día _____	<input type="checkbox"/> Correspondencia <input type="checkbox"/> Retirado administrativamente <input type="checkbox"/> Intento de resolución informal
Comentarios: _____ _____ _____	

## PLAZO

Las solicitudes de resolución deben ser presentadas dentro de 20 días laborales después del incidente. Las apelaciones deben ser presentadas dentro de 5 días laborales después de recibir la respuesta. Debe incluir el número de identificación de registro en su reescritura y/o apelación de respuesta.

## SUPERVISIÓN EN LA COMUNIDAD

Envíe el formulario completo a:

Department of Corrections

Attn: Resolution Program Manager

PO Box 41129

Olympia WA 98504-1129

## SOLICITUDES DE RESOLUCIÓN ACEPTADAS Y NO ACEPTADAS

Ver el manual del programa de resolución

## PROCEDIMIENTOS DE SOLICITUD DE RESOLUCIÓN DE EMERGENCIA

Las solicitudes de resolución de emergencia son las que involucran una amenaza potencialmente grave para la vida o la salud de un individuo bajo la jurisdicción del Departamento o de un empleado/personal contratado/voluntario, relacionada con el dolor grave que padece el individuo, o que entrañan una posible amenaza para el funcionamiento ordenado de una instalación, y que su resolución podría ser demasiado tarde si se gestiona a través de los canales rutinarios administrativos o de resolución.

Las solicitudes de resolución de emergencia **DEBEN SER DADAS** directamente a un empleado/personal contratado. Si usted coloca el formulario en la caja, no se procesará hasta el siguiente día programado de recogida y no se considerará una solicitud de resolución de emergencia.

**NOTA:** No se requiere una solicitud de resolución de emergencia para que un individuo reclame una emergencia médica.

## COMPLETANDO EL FORMULARIO

La solicitud debe ser una simple y directa declaración de preocupación y encajar totalmente en el espacio asignado en este formulario. Si bien el Código Administrativo de Washington (WAC) puede ser referenciado, el lenguaje legal no debe ser usado y las citas de las disposiciones del Código revisado de Washington (RCW) o la jurisprudencia son inapropiadas. La solicitud será devuelta para ser reescrita si se utiliza lenguaje legal.

El individuo puede sugerir un remedio, pero no es necesario.

El individuo debe firmar y fechar el formulario. Se requiere una firma en la solicitud o apelación inicial a menos que el individuo no sepa cómo escribir o no pueda escribir físicamente. Si una firma no está en la solicitud original, no será procesada y la solicitud será devuelta a la persona para que la firme.

La solicitud de resolución debe:

- Identificar el incidente/acción específica que se produjo
- Identificar la política escrita específica o procedimiento
- Identificar la falta de una política escrita específica o procedimiento
- Identificar una práctica o aplicación local de una política o procedimiento que el individuo cree que no cumple
- Nombrar todos los individuos involucrados
- Tener la fecha y hora aproximada del incidente
- La ubicación del incidente

*El contenido de este documento puede ser susceptible de ser divulgado públicamente. Los números de la Seguridad Social se consideran información confidencial y serán redactados 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** - Requester retains

Emergency Resolution Requests directly to employee/contract staff