Department of Corrections
WASHINGTON STATE

NUMERO DE ID LOG:

RESPUESTA DE RESOLUCIÓN DE NIVEL II

Apellido	Primer Nombre	Segundo nombre	Número DOC

Instalaciones/oficina:	Unidad/celda:

PARTE A – PROBLEMA INICIAL Fecha de acción: Fecha vencimiento:

Mi preocupación es (quién y/o qué):

Ubicación:	Fecha del incidente:	Hora:

Testigo(s):

Descripción:

Remedio sugerido:

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Especialista en Resolución _____ Firma _____ Fecha _____

PARTE B – RESPUESTA DE NIVEL II

Superintendente/Administrador de Servicios de Salud/ Administrador de Centro de Reentrada/ Capacitación/Administrador de Campo/designado _____ Firma _____ Fecha _____

Usted puede apelar esta respuesta al someter una apelación por escrito al Especialista en Resolución dentro de 5 días de trabajo de la fecha en que esta respuesta fue recibida.

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: **ORIGINAL** - Resolution Program Manager **COPY** - Resolution Specialist, Individual