**~~~~COMMUNITY CONTACT/CHAPERONE PROPOSAL**

***PROPUESTA DE CONTACTO COMUNITARIO/ACOMPAÑANTE***

Name/*Nombre* DOC number/*Núm. DOC* Date request/Fecha Solic.

|  |
| --- |
| **PROPOSED CONTACT/CHAPERONE INFORMATION/*INFORMACIÓN PROPUESTO CONTACTO/ACOMPAÑANTE*** |

Last name/*Apellido* First/*Primer Nombre* MI

(     )       (     )       (     )       (     )

Daytime number Work Evening/message Cell

*Número Telefono de día Trabajo Noche/mensaje Celular*

Explain your relationship:/ *Explique su relación:*

How long have you known them?/*¿Desde cuándo los conoce?*

How did you meet them?/*¿Cómo los conoció?*

Why have you chosen this individual?/*¿Por qué ha elegido a este individuo?*

What are your desired plan(s) and goal(s) while with the chaperone/contact?

*¿Cuáles son sus planes y objetivos deseados mientras esté con el acompañante/contacto?*

Answer the following questions and initial. Use the space provided to explain any answers checked number 1 or ‘Yes’ to 2, 3, 4. / *Responda a las siguientes preguntas y ponga sus iniciales. Utilice el espacio proporcionado para explicar las respuestas marcadas con el número 1 o "Sí" a las 2, 3, 4.*

1. Have you fully disclosed to the proposed chaperone/contact of your criminal and/or

sexual offending history?  Yes/Sí  No

*¿Ha revelado completamente al acompañante/contacto propuesto sus*

*antecedentes penales y/o ¿historia de delitos sexuales?*

2. Have you been prosecuted, or otherwise, due to sexual offending behavior toward

the proposed chaperone/contact?  Yes/Sí  No

*¿Ha sido procesado, o de otra manera, debido a un comportamiento sexual*

*ofensivo hacia el acompañante/contacto propuesto?*

3. Do you have a financial relationship with the individual?  Yes/Sí  No

*¿Tiene usted una relación financiera con el individuo?*

4. To your knowledge, does the individual abuse alcohol or drugs?  Yes/Sí  No

*Según su conocimiento, ¿el individuo abusa del alcohol o las drogas?*

Signature/*Firma* Date/*Fecha*

**Submit this form to any member of your Resident Community Transition Team (RCTT).**

***Entregue este formulario a cualquier miembro de su equipo de transición de residentes a la comunidad (RCTT).***

Shape

Description automatically generated with low confidence

Case manager/RCTT member name Signature Date

*Nombre del miembro del equipo//RCTT Firma 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 objeto de divulgación pública. 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** - Case manager file **COPY** - RCTT members, Individual on Community Supervision, Imaging file