



# INITIAL SERIOUS INFRACTION REPORT INFORME INICIAL DE INFRACCION GRAVE

Name <i>Nombre</i>		DOC number <i>Numero DOC</i>	Facility/housing assignment <i>Instalación</i>
Infraction date <i>Fecha de Infracción</i>	Incident date <i>Fecha incidente</i>	Incident time <i>Hora Incidente</i>	Incident place <i>Lugar Incidente</i>

Rule violations/*Reglas que se violaron*

Witnesses/*Testigos*

### NARRATIVE/NARRATIVA

State a concise description of the rule violations (e.g., injuries, property damage, use of force) answering the questions when, where, who, what, why, and how. Attach all related reports. (*Work/Training Release individuals may submit written comments to their case manager*)

*Dé una descripción breve de las violaciones a las reglas (p.ej., lesiones, daños a la propiedad, uso de la fuerza) respondiendo las preguntas de cuándo, dónde, quién, qué, por qué y cómo. Adjunte todos los informes relacionados.*

*(Los individuos en reclusorios nocturnos de Trabajo/Capacitación pueden presentar comentarios escritos a su administrador de caso)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Evidence:  Yes  No Evidence case number: \_\_\_\_\_ Locker number: \_\_\_\_\_  
*Pruebas Si No Número de caso de Pruebas Número de Locker de Pruebas*

Description of evidence: \_\_\_\_\_  
*Descripción de Pruebas*

Related reports attached:  Supplemental  Medical  Witness statements  
*Informes adjuntos Complementario Medico Declaración de testigos*

Other: Specify \_\_\_\_\_ Photo(s)/video:  Yes  No  
*Otro Especifique Foto(s)/video Si No*

Individual placed in:  Pre-Hearing confinement  Administrative Segregation Date: \_\_\_\_\_  
*Individuo asignado a: Reclusión previa a la audiencia Segregación Administrativa Fecha:*

Recommended sanctions/*Sanciones recomendadas:* \_\_\_\_\_

### ALLEGED VICTIMS/PRESUNTAS VICTIMAS

Name(s)*Nombre(s):* \_\_\_\_\_

Employee/contract staff  Volunteer/visitor/other  Individual DOC #  
*Empleado/contratista Voluntario/Visitante/Otro Individuo #DOC*

Name(s)*Nombre(s):* \_\_\_\_\_

Employee/contract staff  Volunteer/visitor/other  Individual DOC #  
*Empleado/contratista Voluntario/Visitante/Otro Individuo #DOC*

**APPROVALS/APROBACIONES**

\_\_\_\_\_  
Reporting employee/contract staff  
*Empleado/contratista que reporta*

\_\_\_\_\_  
Signature  
*Firma*

\_\_\_\_\_  
Shift/days off  
*Turno/Días libres*

\_\_\_\_\_  
Infraction Reviewer  
*Revisor de Infracciones*

\_\_\_\_\_  
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 00-03, RCW 42.56, and RCW 40.14.

El contenido de este documento puede calificar para la revelación pública. Se consideran confidenciales los números de seguro social y serán eliminados en caso de tal petición. Este formulario queda gobernado por la Orden Ejecutiva 00-03, RCW 42.56 y RCW 40.14.

Distribution: **ORIGINAL** - Imaging or Central file  
**COPY** - Hearing Officer, Individual, Board