**CORRESPONDENCE STUDY REQUEST**

***SOLICITUD PARA TOMAR CURSOS POR CORRESPONDENCIA***

Name*/Nombre*:       DOC number*/Núm. DOC*:

 Last, First, MI*/Apellido, Nombre, Segundo*

Facility*/Instalación*:       Custody level*/Nivel de custodia*:

ERD:       NRD:

|  |
| --- |
| **EDUCATION HISTORY*/ESTUDIOS ANTERIORES***  |

High school diploma*/Diploma de preparatoria* [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No

Name of school*/Nombre de la escuela*:

GED [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No Location tested*/Lugar de la prueba*:

Goal*/Meta*:

How is the educational/vocational goal related to your release plan?

*¿Cómo se relaciona su meta educativa/técnica con su plan de libertad?*

|  |
| --- |
| **CORRESPONDENCE PROGRAM INFORMATION/*****INFORMACION DEL PROGRAMA DE CORRESPONDENCIA*** |

Program title*/Nombre del programa*:

Program type*/Clase de programa*: [ ]  Certificate*/Certificado* [ ]  Associate degree*/Título de asociado*

 [ ]  Bachelor’s degree*/Licenciatura* [ ]  Graduate degree*/Título de posgrado*

College or university*/Instituto o universidad*:

Street address*/Dirección*:

City*/Ciudad*:       State*/Estado*:      Zip code*/Código postal*:

|  |
| --- |
| **PROGRAM PAYMENT PLAN/*PLAN DE PAGO DEL PROGRAMA*** |

How will payment be made? */ ¿Cómo se efectuará el pago?*

[ ]  From my facility account/*De mi cuenta institucional*

[ ]  By family member or approved third-party paying college directly

 *Un familiar u otra tercera persona aprobada pagarán al instituto o universidad directamente*

[ ]  By family member or approved third-party putting money into my education subaccount (no deductions)

 *Un familiar/tercera persona aprobada depositará dinero en mi subcuenta de educación (sin descuentos).*

The Department is not responsible for the cost of this program in the event I am transferred to another facility or placed in a unit where correspondence programs are not allowed. I authorize the Department to withdraw funds from my account to pay for the cost of tuition, books, and supplies.

*El Departamento no se hace responsable del costo de este programa en caso de que se me traslade a otra institución o unidad de vivienda en la cual no se permitan los cursos por correspondencia. Autorizo al Departamento a retirar dinero de mi cuenta para pagar el costo de la instrucción, los libros y los útiles.*

Signature*/Firma*  Date/*Fecha*

Student name*/Nombre del Estudiante*:

 Last, First, MI*/Apellido, Nombre, Segundo Nombre*

|  |
| --- |
| **CASE MANAGER PRE-APPROVAL/*****PRE-APROBACION DEL ADMINISTRADOR DEL CASO***  |

Verified high school diploma or GED (Electronic file) [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No

*Diploma de preparatoria o GED verificado (Archivo electrónico)*

Correspondence program relates to the release plan [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No

*Curso por correspondencia está relacionado con el plan de libertad*

Program will fit into the individual’s time structure [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No

*El programa cabe en la estructura de la pena del individuo*

The proposed correspondence program is not a security threat [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No

*El curso propuesto no es una amenaza para la seguridad*

Proposed correspondence education provider is accredited [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No

*Instituto/Universidad para el curso propuesto está acreditado*

Case manager*/Administrador del Caso* Signature*/Firma*  Date/*Fecha*

|  |
| --- |
| **EDUCATION SERVICES ADMINISTRATOR/DESIGNEE PRE-APPROVAL*****APROBACION PREVIA DE LA ADMINISTRACION DE SERVICIOS EDUCATIVOS/DESIGNADO*** |

Education Services Administrator/designee verification of program eligibility and education department’s supports available:

*La administración de Servicios Educativos/Designado de la verificación de elegibilidad de programa y apoyo del departamento educativo disponible:*

Facility resources that will be needed to support the correspondence education program:

*Recursos institucionales requeridos para apoyar los estudios por correspondencia del interno/interna:*

 Education Dept. able to provide

 Needed/*Se necesita Depto. Educativo lo puede proveer*

Computer/*Computador* [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No

Test proctoring/*Supervisión de exámenes* [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No

Other*/Otro*:       [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No

[ ]  Approved*/Aprobado* [ ]  Denied*/Denegado* Reason*/Razón*:

Education Services Administrator/designee Signature*/Firma*  Date/*Fecha*

*Administrador de Servicios Educativos/designado*

|  |
| --- |
| **CASE MANAGER FINAL APPROVAL*/******APROBACION FINAL DEL ADMINISTRADOR DEL CASO*** |

DOC 20-309 Correspondence Education College Provider/Student Agreement received. [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No

*DOC 20-309 Instituto Proveedor de Educación por correspondencia/Acuerdo de estudiante recibido*.

Facility resources are sufficient to support the education program. [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No

*Los recursos de la instalación son suficientes para cubrir el programa educativo.*

All textbooks and other required educational materials are approved. [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No

*Todos los libros de texto y otros materiales educativos requeridos están aprobados.*

Individual has sufficient funding to cover all educational expenses. [ ]  Yes/*Sí* [ ]  No

*El individuo tiene los fondos suficientes para cubrir todos los gastos educativos.*

Student name*/Nombre del Estudiante*:

 Last, First, MI*/Apellido, Nombre, Segundo Nombre*

Payment will be deducted from/*Se restará el pago de*:

[ ]  Facility account*/*/*La cuenta institucional*

[ ]  Education subaccount*/La subcuenta de educación*

[ ]  Family or approved third-party paying provider directly*/La familia u otra tercera persona aprobada paga al proveedor directamente*

[ ]  Approved*/Aprobado* [ ]  Denied*/Denegado* Reason*/Razón*:

Case manager*/Administrador del Caso* 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.**

***Es posible que la información de este documento califique para la revelación pública. Los números de seguro social son confidenciales y serán eliminados en caso de una petición de esta naturaleza. Este formulario está gobernado por la Orden Ejecutiva 00-03, RCW 42.56 y RCW 40.14.***

Distribution: **ORIGINAL** - Imaging file **COPY** - Local Business Office, Education Services Administrator/designee,

 local Education Office, Property Manager, Mailroom,

 incarcerated individual