**GRADUATED REENTRY AGREEMENT**

***ACUERDO DE REINGRESO GRADUADO***

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

To assist you in a successful transition to the community, you are being considered for possible participation in Graduated Reentry in one of the following plans:

*Para ayudarle en una transición exitosa a la comunidad, se le está considerando para su posible participación en el Reingreso Graduado en uno de los siguientes planes:*

Transfer to a Reentry Center for up to 18 months from your Earned Release Date (ERD) and then to electronic monitoring up to the last 9 months of your confinement (Track 1)

*Traslado a un Centro de Reingreso durante un máximo de 18 meses a partir de su Fecha Ganada de Liberación (ERD, por sus siglas en inglés) y luego a vigilancia electrónica hasta los últimos 9 meses de su reclusión (Vía 1)*

Transfer to electronic monitoring for up to the last 9 months of your confinement (Track 1)

*Transferencia a vigilancia electrónica hasta los últimos 9 meses de su reclusión (Vía 1)*

Transfer to electronic monitoring for up to the last 18 months of your confinement (Track 2)

*Transferencia a vigilancia electrónica hasta los últimos 18 meses de su reclusión (Vía 2)*

Transfer to a Reentry Center for up to 18 months from your ERD for no less than 3 months and then to electronic monitoring (Track 2)

*Traslado a un Centro de Reingreso durante un máximo de 18 meses desde su ERD durante no menos de 3 meses y luego a supervisión electrónica (Vía 2)*

Individuals in Reentry Centers will be expected to transfer to electronic monitoring for up to the last 9 months of the term of confinement. You may be returned to Prison if you are unable or refuse to transfer to electronic monitoring.

*Los individuos en Centros de Reingreso deberán transferirse a la vigilancia electrónica hasta los últimos 9 meses del período de reclusión. Podrá ser devuelto a prisión si no puede o se niega a transferirse a la vigilancia electrónica.*

Individuals with community supervision requirements at their ERD must have a prior approved release plan.

*Los individuos con requisitos de supervisión comunitaria en su ERD deben tener un plan de liberación aprobado previamente.*

Special conditions before transfer/*Condiciones especiales antes de la transferencia:*

|  |
| --- |
| **AGREEMENT/*ACUERDO*** |

If I am accepted to participate in Graduated Reentry, I agree to remain in compliance with programming, treatment, and/or classes, as well as other requirements identified in my release plan. I agree to continue working with identified employees from Prison, Reentry, and Community Corrections.

*Si soy aceptado para participar en el Reingreso Graduado, acepto seguir cumpliendo con la programación, el tratamiento y/o las clases, así como con otros requisitos identificados en mi plan de liberación. Acepto seguir trabajando con los empleados identificados de Prisiones, Reingreso y Correcciones Comunitarias.*

I agree to abide by all facility and program rules. I understand I may be subject to a loss of good time or earned time based on any infractions I incur as a result of not participating or violating rules.

*Acepto acatar todas las normas de las instalaciones y del programa. Entiendo que puedo estar sujeto a una pérdida de tiempo de buena conducta o tiempo ganado basado en cualquier infracción en la que incurra como resultado de no participar o violar las reglas.*

I understand that if I fail to comply with this agreement, I may face administrative or disciplinary action up to and including a loss of good conduct time and/or termination.

*Entiendo que si no cumplo con este acuerdo, puedo enfrentarme a medidas administrativas o disciplinarias que pueden incluir la pérdida del tiempo de buena conducta y/o el despido.*

Signature/*Firma* Date/*Fecha*

Witness/*Testigo* 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.**

***El contenido de este documento puede ser susceptible de divulgación pública. Los números de la Seguridad Social se consideran información confidencial y se redactarán en caso de que se soliciten. Este formulario se rige por la Orden Ejecutiva 16-01, RCW 42.56 y RCW 40.14.***

Distribution: **ORIGINAL** - Case manager **COPY** - Individual