

**A. EL PRESO O HABIENTE EN LIBERTAD PREPARATORIA DEBERÁ LLENAR LA FORMA ANTES DE LA AUDIENCIA**

Se le ha asignado un abogado del estado para ayudarlo en su preparación para y durante su audiencia. Sólo debe llenar esta forma si no recibió otros servicios de ayuda para su discapacidad que solicitó en su Forma BPH 1073 o si surgieron nuevos problemas. Puede solicitarle a su abogado o al personal que le ayuden a llenar esta forma. Si necesita más espacio anexe otra hoja.

1. Su queja \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. Lo que usted quiere que se haga: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Antes de la audiencia, debe enviar esta forma lo más pronto posible al Coordinador BPH ADA a 1515 K Street, Suite 600, Sacramento CA 95814, o entregar esta forma a una persona del personal, o a su abogado para que la envíen al Coordinador BPH ADA. Se le enviará la decisión dentro de cinco (5) días a partir de la fecha en que la reciba el Coordinador ADA, o antes de su procedimiento de libertad preparatoria (lo que suceda primero).

(Escriba su nombre) (Firma del Preso/Habiente en libertad preparatoria) Número CDCR Fecha

**B. RESPUESTA A UNA QUEJA PRESENTADA ANTES DE LA AUDIENCIA**

Fecha recibida por BPH: \_\_\_\_\_

DECISIÓN

Concedida     Concedida con Cambios     Negada     No Requiere Acción

DISCUSIÓN DE HALLAZGOS \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

BASES PARA LA DECISIÓN: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Firma del Coordinador PH ADA/Representante

Fecha de llenado

**INSTRUCCIONES PARA EL PRESO O HABIENTE DE LIBERTAD PREPARATORIA**

Si usted ya tuvo su audiencia y no está de acuerdo con la decisión que se tomó acerca de la clase de ayuda que se le dio, y quiere una nueva audiencia, entonces deberá llenar la Sección C, en la página 2.



FID0000339

**C. EL PRESO O HABIENTE EN LIBERTAD PREPARATORIA DEBERÁ LLENAR ESTA SECCIÓN DESPUÉS DE LA AUDIENCIA**

- No recibí toda la ayuda que necesitaba por mi discapacidad durante la audiencia. Yo solicité con anticipación dicha ayuda en la Forma BPH 1073, o surgió un Nuevo problema por mi discapacidad durante la audiencia. Yo necesito tener una nueva audiencia con más ayuda debido a que: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nombre Preso/Habiente en libertad preparatoria

Firma del Preso/Habiente en libertad preparatoria

Número CDCR

Fecha

**D. RESPUESTA A UNA QUEJA PRESENTADA DESPUÉS DE LA AUDIENCIA**

Fecha recibida por BPH: \_\_\_\_\_

DECISIÓN

- Concedida       Concedida con Cambios       Negada       No Requiere Acción  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Firma del Jefe Comisionado Adjunto/Representante

Fecha de llenado

**E. PARA EL PRESO O HABIENTE EN LIBERTAD PREPARATORIA**

- Después de la audiencia, el preso, el habiente en libertad preparatoria, o su abogado puede presentar la queja referente a la negación de los servicios especiales por discapacidad en la audiencia, al enviar esta forma a:

Board of Parole Hearings  
Quality Control Unit  
 1515 K Street, Suite 600  
 Sacramento, CA 95814

- Todas las quejas ADA relacionadas con revocaciones de libertad preparatoria serán contestadas dentro de diez (10) días a partir de la fecha en que fueron recibidas por BPH.
- Todas las quejas ADA de presos condenados a cadena perpetua serán contestadas dentro de treinta (30) días a partir de la fecha en que fueron recibidas por BPH.

NAME	CDCR NUMBER	TYPE OF PROCEEDING	LOCATION
------	-------------	--------------------	----------