

**I. EXAMEN DES DOSSIERS/DÉCISIONS AVANT L'ENTRETIEN (RÉSERVÉ AU PERSONNEL)**

Je reconnais avoir examiné toutes les informations pertinentes et raisonnablement disponibles du dossier central et du système de communication efficace sur les handicaps (DECS) avant le premier contact avec la (les) personne(s) incarcérée(s) concernée(s) par cette procédure de libération conditionnelle.

\_\_\_\_\_  
Nom et titre du personnel (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Nom du signataire

\_\_\_\_\_  
Date

**Préoccupations en Matière de Santé Mentale**

**Source**

**datée**

**Handicaps identifiés**

**Note:**

**Source**

**datée**

**Autres besoins d'assistance potentiels**

**Niveau de lecture:**

**Total GPL:**

**Parle anglais:** ☐ Oui ☐ Non

**Langues parlées:**

**II. DROITS DE LA (DES) PERSONNE(S) INCARCÉRÉE(S) ET AUTO-IDENTIFICATION**

Vous avez le droit de recevoir de l'aide pour votre audition. Si vous avez besoin d'aide pour parler, lire, entendre, voir, comprendre ou vous rendre à votre audience, vous avez droit à cette aide. Vous avez le droit de recevoir de l'aide pour rencontrer votre avocat. Si vous ne parlez pas anglais, vous avez droit à un interprète. Si vous êtes sourd et que vous utilisez la langue des signes, vous avez droit à un interprète en langue des signes. Si vous ne savez pas lire, le BPH ou le CDCR doit vous aider à lire les formulaires et les documents. Si vous avez besoin d'un transport spécial, la BPH ou le CDCR doit vous le fournir. Si vous n'obtenez pas d'aide, ou si vous pensez ne pas avoir obtenu le type d'aide dont vous avez besoin, demandez un formulaire de réclamation BPH 1074.

Cochez toutes les cases qui s'appliquent:

- ☐ J'ai besoin d'aide pour lire mes documents  
☐ J'ai besoin de l'aide suivante pour entendre  
☐ J'ai besoin d'aide pour comprendre les procédures et les formulaires ☐ J'ai besoin de l'aide suivante pour voir  
☐ J'ai besoin d'un interprète en langue des signes ☐ J'ai besoin de communiquer par écrit.  
☐ J'ai besoin d'un fauteuil roulant et j'en ☐ ai un. Je n'en ai pas.  
☐ J'ai besoin d'un équipement médical durable (exemple: lunettes ou appareils auditifs) pour me déplacer:

Disposer d'un équipement médical durable:

Ne dispose pas d'équipement médical durable:

- ☐ Je ne parle pas anglais et j'ai besoin d'un interprète dans la langue de: \_\_\_\_\_  
☐ J'ai besoin d'un logement: \_\_\_\_\_  
☐ J'ai un problème de santé, j'ai besoin ☐ d'une évaluation médicale ☐ d'une évaluation de la santé mentale ☐ de médicaments  
☐ Autre  
☐ Je n'ai besoin d'aucune aide pour mon audience de libération conditionnelle

### III. PREMIÈRE NOTIFICATION DES DROITS (RÉSERVÉ AU PERSONNEL)

J'ai informé la (les) personne(s) incarcérée(s) de ses (leurs) droits et des charges qui pèsent sur elle(s), le cas échéant, et j'ai déterminé qu'elle(s):

- ☐ Semble comprendre  
☐ Semble avoir des difficultés à comprendre Méthode de communication efficace utilisée:

\_\_\_\_\_  
Nom et titre du personnel (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature du personnel

\_\_\_\_\_  
Date

### IV. AMÉNAGEMENTS PRÉVUS

Logement(s)/assistance à fournir lors de l'audition(s):

Résumé:

Commentaire:

\_\_\_\_\_  
Nom et titre du personnel (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature du personnel

\_\_\_\_\_  
Date

### V. RÉSUMÉ DES AMÉNAGEMENTS

Aménagement(s)/Assistance fournie lors de l'(des) audience(s):

Équipement médical durable privé (personne(s) incarcérée(s)):

\_\_\_\_\_  
Nom et titre du personnel (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature du personnel

\_\_\_\_\_  
Date