

Log Number: \_\_\_\_\_

**A. LE DÉTENU OU LE BÉNÉFICIAIRE D'UNE LIBÉRATION CONDITIONNELLE DOIT REMPLIR AVANT L'AUDIENCE**

Un avocat de l'État vous a été attribué pour vous aider à préparer votre audition et à la mener à bien. Ne remplissez ce formulaire que si vous n'avez pas obtenu les autres types d'aide pour votre handicap que vous avez demandés sur le formulaire 1073 du BPH ou si de nouveaux problèmes sont apparus. Vous pouvez demander à votre avocat ou à votre personnel de vous aider à remplir ce formulaire.

Si vous avez besoin de plus d'espace, joignez une autre feuille de papier.

1. Votre réclamation: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Ce que vous voulez faire: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Avant l'audience, vous devez envoyer ce formulaire dès que possible au coordinateur ADA de la BPH, 1515 K Street, Suite 600, Sacramento CA 95814, ou le remettre à un membre du personnel ou à votre avocat pour qu'il l'envoie au coordinateur ADA de la BPH. La décision vous sera envoyée dans les cinq (5) jours suivant la date de réception par le coordinateur ADA, ou avant la procédure de libération conditionnelle (selon la première éventualité).

X \_\_\_\_\_  
(Nom imprimé) (Le détenu ou le libéré conditionnel signe ici) # CDCR Date

**B. RÉPONSE À UNE RÉCLAMATION DÉPOSÉE AVANT L'AUDIATION**

Date de réception par le BPH: \_\_\_\_\_

**Décision**

☐ Accordée ☐ Accordée avec des charges ☐ Refusée ☐ Pas d'action requise

DISCUSSION DES RÉSULTATS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

BASE DE DÉCISION: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
BPH ADA Coordinateur/Designé Signature

\_\_\_\_\_  
Date Complétée

**INSTRUCTIONS AUX DÉTENUS ET PERSONNES EN LIBERTÉ CONDITIONNELLE**

Si vous avez déjà été entendu, que vous n'avez pas apprécié la décision concernant le type d'aide accordée et que vous souhaitez une nouvelle audition, remplissez la section C, à la page 2.

Log Number: \_\_\_\_\_

**C. LE DÉTENU OU LE BÉNÉFICIAIRE D'UNE LIBÉRATION CONDITIONNELLE À COMPLÉTER  
APRÈS L' AUDIENCE**

☐ Je n'ai pas obtenu toute l'aide dont j'avais besoin pour mon handicap au cours de l'audition. Plus tôt, j'ai demandé cette aide sur le formulaire 1073 du BPH, ou un nouveau problème de handicap est apparu lors de l'audition. J'ai besoin d'une nouvelle audition avec plus d'aide,

car: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Inmate/Parolee Print Name

\_\_\_\_\_  
Inmate/Parolee Sign Here

\_\_\_\_\_  
# CDCR

\_\_\_\_\_  
Date

**D. RÉPONSE À UNE RÉCLAMATION DÉPOSÉE APRÈS L'AUDITION**

Date de réception par l'unité de contrôle de la qualité: \_\_\_\_\_

Type de procédure de libération conditionnelle: \_\_\_\_\_

Décision

☐ Accordée

☐ Accordée avec des charges

☐ Refusée

☐ Pas d'action requise

\_\_\_\_\_  
Commissaire principal adjoint/Désigné Signature

\_\_\_\_\_  
Date Complétée

**E. AUX DÉTENUS OU AUX PERSONNES EN LIBERTÉ CONDITIONNELLE**

1. Après l'audience, le détenu, le libéré conditionnel ou son avocat peut déposer une réclamation concernant le refus de prendre des mesures d'adaptation pour les personnes handicapées lors de l'audience, en envoyant le présent formulaire à l'adresse suivante

Commission Des Audiences de Libération Conditionnelle  
Contrôle de la Qualité Uni  
1515 K Street, Suite 60  
Sacramento, CA 95814

2. Toutes les plaintes relatives à la révocation de la liberté conditionnelle doivent recevoir une réponse dans un délai de 10 jours à compter de leur réception par le BPH.
3. Toutes les réclamations relatives à l'ADA pour les prisonniers à vie doivent être traitées dans un délai de 30 jours à compter de leur réception par la BPH.

\_\_\_\_\_  
NOM

\_\_\_\_\_  
CDCR NOMBRE

\_\_\_\_\_  
TYPE DE PROCÉDURE

\_\_\_\_\_  
EMPLACEMENT