

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'AUDITION

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.

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 Uni1515 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
-----	-------------	-------------------	-------------