

NOMBRE (aclaración)	(APELLIDO)	(NOMBRE)	NÚMERO DEL CDCR
INSTITUCIÓN O REGIÓN DE LIBERTAD CONDICIONAL			VIVIENDA Y NÚMERO DE CAMA

*** YA PUEDE PRESENTAR UNA QUEJA O SOLICITAR UNA ADAPTACIÓN RAZONABLE COMPLETANDO ESTE FORMULARIO ***

Si está presentando una queja, una alegación de mala conducta del personal o una alegación de discriminación por discapacidad, por favor, complete la sección de abajo y firme y feche el formulario.

QUEJA (FORMULARIO 602-1 DEL CDCR)
Por favor, describa su queja. Incluya los nombres de todos los implicados; cualquier intento de resolver de manera informal el asunto; y cualquier número de registro relacionado para los documentos de su archivo central.

Fecha del acontecimiento, si se conoce: _____ Hora del suceso, si se conoce: _____

Lugar del incidente, si se conoce: _____

Describa su queja: _____

Si necesita más espacio, continúe en el reverso de este formulario

Si solicita asistencia o una adaptación para poder acceder o participar en un programa, servicio o actividad, o desea denunciar la remoción o denegación de una adaptación debido a discriminación por discapacidad, complete la siguiente sección y firme y feche el formulario.

SOLICITUD DE ADAPTACIONES RAZONABLES (FORMULARIO 1824 DEL CDCR)

Por favor, responda a las siguientes preguntas:

1. ¿Qué no puede hacer/Cuál es el problema?

2. ¿Por qué no puede hacerlo?

3. ¿Qué necesita?

Si necesita más espacio, continúe en el reverso de este formulario

Su firma: _____

Fecha en que se firma: _____

STAFF USE ONLY

Fecha de recepción: _____

Número de registro: _____

[illegible]