

**QUEJA / SOLICITUD DE ADAPTACIONES RAZONABLES**

CDCR 602-1 / 1824 (01/25)

<b>NOMBRE</b> (aclaración)	<b>(APELLIDO)</b>	<b>(NOMBRE)</b>	<b>NÚMERO DEL CDCR</b>
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: \_\_\_\_\_

Utilice este lado del formulario como página de continuación para una queja, una solicitud de adaptaciones razonables o ambas.