

**FAVOR DE NOS HACER LA VISITA HASTA QUE EL RECLUSO LE NOTIFIQUE QUE HA SIDO APROBADO.**

**NOTA: Antes de completar esta solicitud, favor de revisar los procedimientos de registro del Departamento de Correcciones en la parte de atrás de esta solicitud. NO DEJE ESPACIOS EN BLANCO NI PROPORCIONE INFORMACIÓN FALSA. El hacerlo ocasionará que se le NIEGUE su solicitud.**

1. Nombre del Individuo Encarcelado: \_\_\_\_\_ Número del Individuo Encarcelado: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL VISITANTE**

2. \_\_\_\_\_  
Apellido Legal      Nombre Legal      Segundo Nombre Completo      Nombre Usados Anteriormente      Número Teléfono

3. Su relación con el recluso: \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo ha conocido al recluso? \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_  
Fecha nacimiento      Sexo      Estado Civil      Nombre Cónyuge      Su número de Seguro Social

5. \_\_\_\_\_  
Dirección      Ciudad      Condado      Estado      Código Postal

¿Tiene usted alguna discapacidad reconocida por la Ley Americana de Discapacidades que requiera medidas especiales? Y/ N  
Si la respuesta es sí, ¿cuáles son estas medidas?

Tipo de Animal de Servicio (circule una opción) Perro / Caballo Miniatura (favor de enviar una foto del animal)

¿Para cuáles tareas está entrenado el animal de servicio?

6. Favor enumerar únicamente **SUS** hijos o hijos sobre los que tenga **custodia (favor de presentar evidencia)** menores de 18 años que visiten con usted. **Los mayores de 18 años deberán completar un cuestionario por separado.**

Nombre \_\_\_\_\_  
Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_  
SS# \_\_\_\_\_  M -  F  
Relación con el recluso \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_  
Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_  
SS# \_\_\_\_\_  M -  F  
Relación con el recluso \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_  
Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_  
SS# \_\_\_\_\_  M -  F  
Relación con el recluso \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_  
Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_  
SS# \_\_\_\_\_  M -  F  
Relación con el recluso \_\_\_\_\_

Favor de marcar uno de los cuadros a continuación si usted está haciendo solicitud para hijo(s) del INDIVIDUO ENCARCELADO.  
El padre/tutor deberá completar la solicitud:

- Los niños sólo pueden visitar junto con el padre/tutor aprobado
- Los niños pueden visitar junto a cualquier visitante adulto aprobado

7. ¿Tiene cargos pendientes?  Sí  No  
Estado/Condado \_\_\_\_\_ Si responde sí, ¿cuál es el cargo(s)? \_\_\_\_\_

8. Favor de enumerar todos sus arrestos (como adulto o juveniles). \_\_\_\_\_

Favor de enumerar todas sus condenas por delitos menores. \_\_\_\_\_

Favor de enumerar todas sus condenas por felonías. \_\_\_\_\_

Favor de enumerar cualquier resolución aplazada. \_\_\_\_\_

9. ¿Está usted encarcelado o ha estado encarcelado o bajo libertad temporal/provisional?      Sí No  
Estado/Condado \_\_\_\_\_ Fecha de liberación: \_\_\_\_\_

10. ¿Ha estado involucrado en el uso ilegal de drogas?  Sí  No

11. ¿Es actualmente o ha sido alguna vez empleado o voluntario, contratista del Departamento de Correcciones, o empleado del sector privado que trabaja con el Departamento de Correcciones?  Sí  No

Si lo ha sido, favor de indicar el nombre de la institución y las fechas de empleo o trabajo voluntario: \_\_\_\_\_

Fecha(s): \_\_\_\_\_

12. Favor de enumerar los nombres/números de individuos encarcelados de quienes ha sido parte de sus listas de visitantes aprobados/negado/suspendido/o removido dentro del Departamento de Correcciones?

13. Para proporcionarle mejor seguridad como visitante, favor de hacernos saber si usted ha sido víctima de algún recluso bajo la supervisión o encarcelado por parte del IDOC. Si así es, favor de indicar nombre(s) del recluso(s), número de identificación (si lo sabe) condado, cargo y número de caso: \_\_\_\_\_

14. ¿Es usted un ciudadano legal de los Estados Unidos? (se solicitará identificación con foto en visitas). Sí No

**NOTA: El Departamento de Correcciones evaluará esta información en base a bases de datos de fuerzas del orden tanto estatal como federal. El no completar correctamente cualquiera de la información que se da en la parte de arriba tendrá como resultado que se niegue esta solicitud. Favor de asegurarse de firmar la parte de atrás de la solicitud. Se le recomienda quedarse con una copia de esta solicitud**

**NOTA:**

- Todos los visitantes están sujetos a procedimientos de registro: Esto puede incluir métodos de registro electrónico no-intrusivos. Si un visitante se niega a ser registrado, no se le permitirá hacer la visita y se podrán evaluar sus privilegios de visita.
- Para mantener zonas de prisión libres de drogas, se podrá aplicar a los visitantes potenciales el método no-intrusivo de ION SCAN que detecta el uso, manejo o asociación con sustancias ilegales (drogas). Si la prueba diese alguna indicación positiva de asociación con sustancias ilegales o si se rehúsa a ser sometido a la prueba, se aplicarán las siguientes restricciones de visitas:
  - A) Primera Vez. Se le suspenderán los privilegios de visita a partir de la fecha y hora de la prueba por los siguientes dos (2) días de visita. Las visitas futuras pueden restringirse a condición de no-contacto.
  - B) Segunda Vez. Se le suspenderán los privilegios de visita a partir de la fecha y hora de la prueba por los siguientes siete (7) días de visita. Las visitas futuras pueden restringirse a condición de no-contacto.
  - C) Tercera Vez. Se le suspenderán los privilegios de visita a partir de la fecha y hora de la prueba por los siguientes quince (15) días de visita. Las visitas futuras pueden restringirse a condición de no-contacto.
  - D) Cuarta Vez. Se le suspenderán los privilegios de visita a partir de la fecha y hora de la prueba por los siguientes treinta (30) días de visita. Además, se le colocará en condición de visitas sin contacto por ciento ochenta (180) días a partir de la fecha de la primera visita elegible. Si usted tuviera resultado positivo de esta fecha en adelante, sus privilegios de visita estarán limitados permanentemente a condición de no contacto.
  - E) El rehusarse a que se le practique la prueba resultará en suspensión de privilegios de visita a las instalaciones por quince (15) días naturales a partir de día en que se rehúse.

Doy mi consentimiento para que se inicie una investigación sobre mis antecedentes con agencias del orden público y autorizo a las agencias del orden público a que proporcionen la información. Entiendo que cualquier falsificación de la información que he proporcionado anteriormente me descalificará como visitante.

17. \_\_\_\_\_  
Firma y Nombre en Letra Imprenta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Es responsabilidad del recluso el notificarle de la aprobación de su solicitud como visitante.

**Envíe la solicitud completa a Centralized Visiting Authority a: Mt. Pleasant Correctional Facility  
Attn: Central Records  
1200 E. Washington  
Mt. Pleasant, IA 52641**

c/c: archivo

ROMPA EL SILENCIO – El DOC de Iowa tiene tolerancia cero sobre cualquier tipo de violencia sexual. Si se le ha informado o está preocupado sobre actos de violencia sexual cometidos contra cualquier persona en una prisión del IDOC, favor de contactar inmediatamente el Alcaide.

Revisado: oct. 2000, Sept. 2006, junio 2007, Feb. 2008. Revisado: Feb. 2009. Revisado: Julio 2010. Revisado: Ene. 2011, May 2012. Revisado: nov. 2013, oct. 2014, Julio 2015, abril 2016, Revisado: abril 2017, Revisado abril 2019, Sep. 2021, Feb 2022