



La Aplicación de Visitante Adulto Y Fondo Forma de Autorización de Investigación (Adult Visitor Application and Background Investigation Authorization – Spanish)

Para su uso si 18 años o más o si emancipados menores

Completando esta petición y autorización, reconozco que la visitación de delincuentes en esta institución del DOC Es un privilegio. Este privilegio se puede revocar o suspender por la violación de códigos, sobre capacidad, o como resultado del comportamiento sospechoso. Un folleto de visita estará disponible sobre pedido.

POR FAVOR IMPRIMIR EN INGLÉS LEGIBLE - Se deben llenar completamente todos espacios antes de que puede registrar para visitar

Información de Visitante				
<input type="checkbox"/> Marque si eres menor emancipado				
Apellido Legal de Visitante	Primer Nombre Legal de Visitante	Inicial del medio	DMV o Numero de tarjeta de identificación	SSN (último 4)

Raza	Genero	Color de pelo	Color de ojos	Estatura	Peso	Mes Fecha Año Fecha de nacimiento	Lugar de Nacimiento Condado, Ciudad y Estado
------	--------	---------------	---------------	----------	------	--	---

Su dirección postal actual	Información sobre el delincuente que deseas visitar
Dirección de calle	Nombre y numero del delincuente encarcelado (Primero y Apellido)
Pueblo o Ciudad de residencia Estado Código Postal	Institución del delincuente
Dirección de correo electrónico	Su relación legal al delincuente (si ninguno, indica ninguno)

Información de Vehiculo			
Marca	Modelo	Año	Numero de placa

Condiciones	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿HE SIDO CONDENADO DE UN DELITO GRAVE EN CUALQUIER, JURISDICCIÓN?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿HE SIDO EMPLEADO USTED POR, VOLUNTARIO CON, O CONTRATADO POR EL DEPARTAMENTO DE CORRECCIÓN O DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN CORRECCIONAL?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿SI USTED CONTESTO SI A LAS PREGUNTAS ANTERIOR, TIENES USTED LA APROBACIÓN ESCRITA DEL ALCAIDE/SUPERINTENDENTE PARA VISITAR?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿ESTA USTED ACTUALMENTE BAJO PAROLE ACTIVO O DE LIBERTAD CONDICIONAL? (Si usted esta en la supervisión, usted debe tener en escrito el permiso del jefe oficial de la libertad condicional y del Alcaide de esta institución).
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿ES USTED LA VICTIMA DEL CRIMEN ACTUAL COMETIDO POR EL DELINCUENTE CON QUIEN USTED DESEA VISITAR?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿ES USTED ACTUALMENTE O HE SIDO USTED UN MIEMBRO O SE HAS ASOCIADO CON CUALQUIER PANDILLA, CLUB DE MOTOCICLETA, GRUPO RACIAL DE LA SUPREMACÍA, O CUALQUIER GRUPO O ORGANIZACIÓN TAL COMO DEFINIDO EN EL CÓDIGO DE VIRGINIA §18.2-46.1?

Yo autorizo el Departamento de Correcciones al realizar una investigación de la red de Información Criminal de Virginia (VCIN), o cualquier registros del Departamento de Correcciones para la precisión de la información proporcionada en este formulario.

La información anterior es verdad y correcto. Entiendo que proporcionando información falsa en esta forma es motivo para negar los privilegios de visitas. He leído y entiendo las declaraciones anteriores.

Firma	Fecha
-------	-------