

CONFIDENCIAL

PETICIÓN PARA NOTIFICACIÓN A LA VÍCTIMA (EN LETRA DE MOLDE)

El Departamento de Correcciones y Supervisión Comunitaria del Estado de Nueva York



Complete este formulario SI desearía solicitar notificación de DOCCS de que un recluso de una institución correccional estatal ha sido liberado O si le gustaría que DOCCS le informe de una fecha próxima de entrevista de libertad bajo palabra de un recluso, dándole así a usted la opción de someter una declaración de impacto sobre la víctima. Los formularios completados pueden enviarse por correo a: *NYS Department of Corrections and Community Supervision, Office of Victim Assistance, 1220 Washington Ave., Bldg. 2, Albany, NY 12226-2050*. Usted también puede registrarse EN LÍNEA en docs.ny.gov. Si tiene preguntas, puede contactar a la **Oficina de Asistencia a la Víctima** al 1-800-783-6059 ó 518-445-6161.

INFORMACIÓN DEL RECLUSO

(Favor de trabajar con la oficina del fiscal de distrito para que pueda proveer la mayor información posible)

Nombre	<input type="text"/>	Inicial	<input type="text"/>	Apellido	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento	Mes <input type="text"/>	Día <input type="text"/>	Año <input type="text"/>	Condado de Condena	<input type="text"/>
Fecha de la Sentencia	Mes <input type="text"/>	Día <input type="text"/>	Año <input type="text"/>	Núm. de Acusación	<input type="text"/>
DIN (7 caracteres)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NYSID (9 caracteres)	<input type="text"/>

PERSONA SOLICITANDO INFORMACIÓN

(La "persona solicitando información" se refiere a un adulto que sea capaz de recibir comunicación.
NO complete este formulario con el nombre de un difunto, menor, o de otra manera, una persona comprometida.)

Título:	<input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="text"/>	Números de Teléfono (con código de área)	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>	Inicial <input type="text"/>	Apellido <input type="text"/>	Hogar <input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>			Trabajo <input type="text"/>
				Celular <input type="text"/>
Ciudad	<input type="text"/>	Estado <input type="text"/>	Código Postal <input type="text"/>	Prefiero la notificación en: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español

Relación del Solicitante a la Víctima:

Nombre de la Víctima	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yo	<input type="checkbox"/> Pareja/Cónyuge o Ex	<input type="checkbox"/> Padres	<input type="checkbox"/> Hijo/a
¿Es la víctima un menor? (18 años de edad)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Representante Legal	<input type="checkbox"/> No soy una víctima; fui testigo del crimen	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="text"/>

Entiendo que cualquier información que le dé a NYSDOCCS y la Junta de Libertad bajo Palabra del Estado de Nueva York se mantendrá estrictamente confidencial. Entiendo que **soy responsable de notificarle a DOCCS** sobre cualquier cambio en la información de contacto que proveí anteriormente O de cualquier cambio en mi petición de información, al completar y someter un formulario **nuevo** de registro "PETICIÓN PARA LA NOTIFICACIÓN ALA VÍCTIMA".

Firma

Fecha