



DONALD W. WYATT DETENTION FACILITY
SOLICITUD DE VISITA

WN 50702
REV 3/1/2023

Nombre del Detenido: # Detenido

El detenido mencionado anteriormente ha solicitado permiso para colocarlo en su lista aprobada de visitantes. Para procesar esta solicitud, debe proporcionar la información requerida en este formulario. Si no completa, firma y devuelve este formulario, o si proporciona información falsa, se denegará esta solicitud de visita. Solo puede visitar a un (1) detenido en esta instalación a menos que el Alcaide apruebe lo contrario.

TODA LA INFORMACIÓN DEBE ESTAR CLARAMENTE IMPRESA

Su primer nombre: Segundo nombre: Apellido:

Nombre de soltera/soltero: DOB:

Calle: Apt. #:

Ciudad: Estado: Codigo Postal:

Numero de telefono con area postal: Genero: Hombre Mujer

Su relacion al Detenido:

Cualquier visitante menor de 18 años debe ser acompañado/acompañada por un miembro de la familia adulto autorizado de la familia inmediata, un tutor legal o un adulto debidamente autorizado por el departamento de niños y familias, que también debe completar una solicitud de visita. Si es menor de 18 años, proporcione la siguiente información adicional.

Si menor de 18 anos, nombre complete de los pades o tutores:

Domicilio del padre o totor (Un apartado de correos no es aceptable)

Calle: Apt.#

Ciudad: Estado: Codigo Postal:

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS (Si se necesita espacio adicional, use el reverso o adjunte páginas)

- 1. ¿Ha sido condenado por un crimen? No Si (En caso que si, cargo) ¿Donde y cuando? Sentencia?
2. Estás en libertad condicional? No Si (En caso que si, explique):
3. ¿Tiene algún cargo legal pendiente? No Si (En caso que si, explique):
4. ¿Es usted un co-acusado con este detenido? No Si (En caso que si, explique):
5. ¿Visitas a otro detenido / preso? No Si (En caso que si, explique):
6. ¿Actualmente o ha sido víctima de el detenido mencionado? (En caso que si, explique): Si No

Por la presente solicito ser incluido en la lista aprobada de visitantes de este detenido. Por la presente, doy mi consentimiento y autorizo a la Corporación del Centro de Detención de Central Falls (CFDFC) y a todas las demás agencias estatales, del condado y federales de aplicación de la ley para buscar en todos los registros e índices de aplicación de la ley disponibles registros penales sobre mí, incluidos, entre otros, NCIC y proteger a CFDFC y sus agentes de toda responsabilidad por recibir y utilizar esta información. También entiendo que proporcionar información falsa conducirá a la denegación de esta solicitud de visita.

Su firma: Fecha:

ENVÍE ESTE FORMULARIO A: Donald W. Wyatt Detention Facility, Attention: Programs Department
950 High Street, Central Falls, Rhode Island 02863

O puede traer este formulario a la instalacion y colocarlo en el buzón en el vestíbulo.

USO DE LA INSTALACIÓN SOLAMENTE - NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA -

The individual's request to be placed on the detainee's visiting list is hereby: APPROVED DENIED

Reason for denial:

Staff Name (print): Title:

Staff Signature: Date:

Entered into OMS by: Date: