

CONFIDENTIAL
REQUEST FOR VICTIM NOTIFICATION

(PLEASE PRINT)

The New York State Department of Corrections and Community Supervision



Complete this form IF you would like to request notification from DOCCS that an inmate from a state correctional facility has been released, OR if you would like DOCCS to inform you of an inmate's upcoming parole interview date, thereby giving you the option of submitting a victim impact statement. Completed forms may be mailed to: *NYS Department of Corrections and Community Supervision, Office of Victim Assistance, 1220 Washington Ave, Bldg. 2, Albany, NY 12226-2050*. You may also register ON-LINE at parole.ny.gov. If you have questions, you may contact the **Office of Victim Assistance** at 1-800-783-6059 or 518-445-6161.

INMATE INFORMATION

(Please work with your district attorney's office to provide as much information as possible)

First Name MI Last Name
Date of Birth Month Day Year County of Conviction
Sentence Date Month Day Year Indictment #
DIN (7 characters) NYSID (9 characters)

PERSON REQUESTING INFORMATION

("Person Requesting Information" refers to an adult party who is capable of receiving communication. DO NOT complete this form with the name of a deceased person, minor, or otherwise, compromised person.)

Title: Ms. Mrs. Mr. Other Phone Numbers (With Area Code)
First Name MI Last Name Home
Address/ Work
PO Box Cell
City State Zip Code
I prefer notification in:
 English Spanish

Applicant's Relationship to Victim:

Name of Victim Myself Partner/Spouse or Ex Parents Son/ Daughter
Is the victim a minor (under 18 years of age)? Yes No Legal Representative I am not a victim; I was a witness to a crime Other

I understand that any information I give to the NYS DOCCS and the NYS Parole Board will be kept strictly confidential. I understand that it is **my responsibility to notify DOCCS** of any changes in the contact information I provided above, OR any changes in my request for information, by completing and submitting a **new** "REQUEST FOR VICTIM NOTIFICATION" registration form.

Signed By _____ Date

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 parole.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"/>				
	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"/>
Ciudad	<input type="text"/>	Estado <input type="text"/>	Código Postal <input type="text"/>	Celular <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