



## PRISON LAW OFFICE

General Delivery, San Quentin CA. 94964  
Telephone (510) 280-2621 • Fax (510) 280-2704  
www.prisonlaw.com

Director:  
Donald Specter

Managing Attorney:  
Sara Norman

Staff Attorneys:  
Rana Anabtawi  
Susan Christian  
Rebekah Evenson  
Steven Fama  
Warren George  
Penny Godbold  
Alison Hardy  
Corene Kendrick  
Kelly Knapp  
Millard Murphy  
Lynn Wu

### Su responsabilidad cuando está usando la información proporcionada abajo:

*Al poner esto juntos, hicimos nuestro mejor esfuerzo para darle información útil y precisa porque sabemos que los presos a menudo tienen problemas para obtener información legal, y no podemos dar consejos específicos para todos los presos. Las leyes y políticas cambian con frecuencia y pueden ser vistos de manera diferente. No siempre tenemos los recursos para hacer cambios a este material tan pronto como las leyes y las políticas de cambio. Si utiliza este folleto, es su responsabilidad asegurarse de que la ley o la política no ha cambiado. La mayoría de los materiales que necesita deben estar disponibles en la biblioteca de leyes de su institución.*

## INFORMACIÓN SOBRE LA SISTEMA DE QUEJAS DE LOS PRESOS DE ARIZONA Quejas Médicas (Actualizado Abril 2013)

Un preso de Arizona puede presentar una queja relacionada con cualquier parte de la vida institucional o la condición de confinamiento que lo afecta personalmente y directamente. Esto incluye las acciones u omisiones del personal penitenciario, así como las instrucciones escritas, políticas y procedimientos. Las normas que establecen cómo presentar quejas son Departamento de Orden n° 802, "Procedimiento de Queja del Preso", recientemente actualizado 19 de diciembre de 2012. Cuando nos referimos a estas reglas en esta carta, les acortamos a "DO 802."

La presentación de una queja formal lleva tiempo y trabajo, pero se puede resolver un problema. Más importante aún, los presos que deseen presentar una demanda de derechos civiles o la petición de habeas corpus contra la ADC por la violación de sus derechos deben ir primero hasta el final ("exhaust") este proceso. Cuando presente una queja médica, recuerde:

**Hay plazos estrictos para cada etapa del proceso.** Usted debe presentar su queja tan pronto - y no más tarde de 10 días hábiles - la primera vez que la acción u omisión que afecta. Mantener buenas notas de las fechas de entrega de los documentos, y cuando debería recuperarlos. Asegúrese de anotar si el plazo especifica "día de trabajo" o "días hábiles" (sábados, domingos y festivos no cuentan) o "días naturales" o "día" (sábado y domingo sí cuentan). ADC también tiene límites de tiempo para cuando se supone que deben responder a usted.

Una sugerencia es que, en cuanto a presentar una queja, cuente todos los plazos en todo el proceso en un calendario y escribirlas, para que sepa cuándo debe estar recibiendo las respuestas y / o presentar el siguiente nivel de apelación. **En cada etapa del proceso, si usted no recibe una respuesta en la fecha personal de ADC debe responder a usted, usted puede seguir adelante y presentar la siguiente queja nivel.** (DO 802.01, 1.11). Si usted no recibe una respuesta, asegúrese de escribir en la parte superior de la siguiente forma de

#### Board of Directors

Penelope Cooper, President • Michele WalkinHawk, Vice President • Marshall Krause, Treasurer  
Honorable John Burton • Felecia Gaston • Christiane Hips • Margaret Johns  
Cesar Lagleva • Laura Magnani • Michael Marcum • Ruth Morgan • Dennis Roberts

queja que usted llene, “no he tenido una respuesta oportuna en el nivel previo de queja.” De esa manera no pueden lanzar a su apelación por no tener todos los documentos y respuestas de la misma.

**Guarde copias de todos los documentos.** Además de hacer copias para que usted pueda mantenerse en el, también puede enviar copias de todo lo que un miembro de la familia en la comunidad, en caso de que se pierdan las copias. Usted necesita tener copias de todo, porque cada vez que vaya al siguiente nivel en el proceso, se debe adjuntar copias de todos los documentos que ha presentado hasta el momento y las respuestas (si las hay).

**Cada queja que presente sólo puede ser sobre un tema.** Si dispone de varias quejas, presentar una queja separada para cada tema, y seguirlo hasta el final del proceso. Por ejemplo, si usted quiere quejarse por no tener suficiente comida, y también por no tener acceso a la biblioteca de derecho, éstos tienen que ser por escrito en los formularios de quejas individuales.

**¡No abuse del sistema de quejas!** (DO 802.09) Sea breve y al grano. No importa qué tan molesto, enojado o frustrado se sienta, no seas sentimental, sarcástico, haga insultos o acusaciones en lo que escribes, porque eso será motivo para deshacerse de su queja. Su queja será rechazada si:

- **Amenazar daño físico grave** al personal, otros presos, o del público en general;
- **Presentar múltiples o duplicadas quejas sobre el mismo tema al mismo tiempo**

### **QUEJAS DE EMERGENCIAS**

Usted puede presentar una queja de emergencia cuando existe una condición que podría causar un riesgo sustancial de daño físico, lesiones personales u otros daños graves si la queja tuvo que pasar por los plazos normales. (DO 802, 1.8). En verdaderas emergencias, los presos también pueden alertar al equipo de manera verbal o por letras. Cualquier queja informal o formal de quejas, que está marcado como “Emergencia” se deben revisar inmediatamente por el personal para determinar si se trata de una emergencia y requiere una respuesta inmediata. Si una queja describe un asalto sexual, el personal debe iniciar inmediatamente ciertos procedimientos de seguridad bajo la Ley de Eliminación de Violaciones en Prisión (en inglés, Prison Rape Elimination Act, o PREA).

### **PASOS DEL PROCESO PARA PRESENTAR UNA QUEJA MÉDICA**

A continuación se presenta un resumen de las reglas más importantes y los pasos de cómo presentar una queja sobre la atención médica o de salud mental, y una serie de consejos prácticos para asegurar que su queja se ha agotado. Los plazos son similares a los de las quejas no médicas, pero sólo hay tres pasos para presentar una queja médica - porque a diferencia de las quejas habituales, estas quejas no pueden ser apeladas ante el alcaide. (DI 287, 802.05.1.6)

**PASO UNO:** Hay que tratar de resolver su queja informalmente. (DO 802.02):

Enviar una resolución de quejas informales, **Inmate Letter, Formulario 802-11** a la CO-III de su unidad. Debe hacerlo dentro de los **10 días de trabajo** del incidente original. La primera línea debe decir: “Yo estoy tratando de resolver el problema de manera informal: \_\_\_\_\_” y describir el problema en una frase. Sea breve y al grano. No importa qué tan molesto, enojado o frustrado se sienta, no seas sentimental, sarcástico, haga insultos o acusaciones en lo que escribes, porque eso será motivo para deshacerse de su queja. En la carta, (1) describir el problema, (2) describir cuál es el impacto en usted por el problema, (3) solicitar o sugerir la forma en que el problema podría ser arreglado. Asegúrese de ser claro y conciso. Adjunte cualquier documentación que respalde su reclamo. Guarde una copia del Formulario 802-11 por sí mismo. El CO-III pondrá en contacto con el personal médico para tratar de resolver el problema.

**NOTA: Una forma de Health Needs Request (HNR) no se puede utilizar como una queja informal, se debe utilizar el formulario de carta de preso 802-11.**

El CO-III debe responder por escrito, dentro de los **15 días de trabajo**. Si usted no recibe una respuesta de ese día, vaya al siguiente paso. Si ellos responden y no se cumplen, debe presentar una queja formal dentro de los **5 días de trabajo** de la recepción de la respuesta.

**FECHAS IMPORTANTES DEL PASO UNO:**

Presente el formulario Carta Preso (“Inmate Letter”) 802-11 dentro de **10 días hábiles** de la incidencia o impacto de las acciones u omisiones del personal médico sobre usted. Guarde una copia para usted.

El CO-III debe enviar su carta al personal médico y responder dentro de los **15 días hábiles** de haber recibido su carta. Si no hay respuesta en el plazo citado, vaya al paso dos.

Si obtiene una respuesta y no está satisfecho, usted tiene **5 días hábiles** para ir al Paso Dos.

**PASO DOS:** Presentar una queja médica formal. (802.04).

Tan pronto como reciba (y no más tarde de 5 días de trabajo después de recibir) una respuesta a su carta informal, o si usted no ha recibido una respuesta a su carta informal dentro de los 15 días de trabajo, llenar un formulario **802-1 Inmate Grievance**. En la queja, diga cuál es el problema médico, cómo se trató de resolverlo de manera informal, y lo que usted quiere que hagan. Debe adjuntar una copia de su carta recluso originales (paso uno), y una copia de la respuesta. Si no recibe una respuesta, escribe, “No he tenido una respuesta a mi carta recluso dentro de los 15 días de trabajo.” Dale todo al coordinador de quejas CO-IV en su patio, y guardar una copia de todos los documentos para usted. El CO-IV registrará y asignará un número a su Queja del Preso. Asegúrese de anotar el número de sus propios registros.

El CO-IV debe remitir de inmediato su queja a la atención de la Director de Salud de la facilidad, el contratista de salud de ADC, Corizon. Dentro de los **15 días hábiles** de haber recibido la queja, el Director de Salud debe devolver una respuesta por escrito a usted a través de la CO-IV. La respuesta debe resumir su queja, una descripción de la investigación de su queja, los resultados de la investigación, y una decisión con

sustento racional para esa decisión. Si usted no recibe una respuesta dentro de 15 días hábiles, vaya al siguiente paso. Si no te gusta la respuesta, debe presentar una apelación dentro de los **5 días hábiles** siguientes a la recepción de la respuesta.

**FECHAS IMPORTANTES DEL PASO DOS:**

Presente el formulario 802-1 (“Inmate Grievance”) dentro de **5 días hábiles** siguientes a la recepción de una respuesta a su carta informal. Si no recibe una respuesta, presentar la queja **15 días hábiles** después de haber presentado la carta y escribe en él que no ha recibido una respuesta a la 802-11.

El CO-IV inmediatamente remite su queja al Director de Salud de la facilidad de Corizon, quien debe responder en un plazo de **15 días hábiles**. Si no hay respuesta para entonces, vaya al Paso Tres.

Si obtiene una respuesta y no está satisfecho, usted tiene **5 días hábiles** para ir al Paso Tres.

**PASO TRES:** Presentar una apelación de queja médica con el Director ADC (802.06).

Tan pronto como reciba (y no más tarde de **5 días laborales** después de recibir) una respuesta a la queja, o si **15 días de trabajo** han pasado sin respuesta a su queja médica, usted puede apelar al Director. Llenar un **formulario 802-3** Apelación Queja del Preso (“**Inmate Grievance Appeal**”). En la apelación, diga cuál es el problema, ¿cómo se trató de resolverlo hasta ahora, y lo que usted quiere que hagan. Debe adjuntar una copia de su carta de recluso y cualquier respuesta (paso uno), y una copia de su queja recluso y cualquier respuesta (paso dos). Si usted no recibió una respuesta a su queja, escribe, "no he tenido una respuesta a mi recluso queja dentro de 15 días hábiles." Dale todo al coordinador de quejas CO-IV en su patio, y guardar una copia de todos los documentos por sí mismo.

El CO-IV debe enviar de **inmediato** la apelación al Investigador de Quejas en la oficina central de ADC. El Investigador de Quejas investigará el tema y preparar una respuesta por escrito a la firma del Director ADC. La respuesta del director es definitiva, y que ha agotado los recursos administrativos. Ahora usted puede presentar una demanda en el corté si la respuesta no ha sido satisfactoria.

**FECHAS IMPORTANTES DEL PASO TRES:**

Presente el formulario 802-3 (“Inmate Grievance Appeal”) dentro de **5 días hábiles** siguientes a la recepción de una respuesta a su carta informal. Si no recibe una respuesta, presentar la queja **15 días hábiles** después de haber presentado la carta y escribe en él que no ha recibido una respuesta a la 802-3.

El director debe responder en un plazo de 30 días calendario de haber recibido su Queja del Preso. Ahora ya ha agotado su queja. Ahora usted puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal.

ARIZONA DEPARTMENT OF CORRECTIONS

Notice of Appeal - Maximum Custody Placement

|   |  |      |              |
|---|--|------|--------------|
| Inmate Name <i>(Last, First M.I.)</i>   | ADC Number                                     | Unit | Hearing Date |
| <p>I am appealing:</p> <p><input type="checkbox"/> Placement at Maximum Custody Unit. The Hearing was held on ____/____/____.</p> <p><input type="checkbox"/> Continued placement at Maximum Custody Unit. The Hearing was held on ____/____/____.</p> <p>I understand that I have fifteen (15) work days from the date of placement notice from which to file my appeal.</p> <p><b>Basis for appeal:</b> <i>(Be specific with the facts and detail the rationale on why you feel the approved placement should be reversed.)</i></p> |  |      |              |
| Inmate Signature  | Receiving Officer Signature/Title/Badge Number |      | Date         |

**ARIZONA DEPARTMENT OF CORRECTIONS**

**Agravio Para Los Prisioneros**

*This document is a translation from original text written in English. This translation is unofficial and is not binding on this state or a political subdivision of this state.*  
*Este documento es una traducción de texto original escrito en inglés. Esta traducción no es oficial y no compromete a este estado ni una subdivisión política de este estado.*

*Nota: Podra apelar la decision del Coordinador de Agravios, del Carcelero, el Asistente al Carcelero o del Administrador llenando el formulario 802-4P, en 10 dias civiles de su recibo de esta notificacion.*

|              |      |
|--------------|------|
| Received By  |      |
| Title        |      |
| Badge Number | Date |

|  |                |
|--|----------------|
| Nombre del Preso <i>(Apellido, Primero, Inicial)</i> | Número de ADC  |
| Institución/Unidad                                   | Número de Caso |
| PARA: El Coordinador de Agravios                     |                |

|   |
|---|
| Descripción del Agravio <i>(A ser completado por el prisionero)</i><br><br><br><br><br><br> |
|---|

|   |
|---|
| Solucion <i>(Que ha hecho usted para resolver el problema? Que accion resolvera el problema?)</i><br><br><br><br><br><br> |
|---|

|                      |       |                                   |       |
|----------------------|-------|-----------------------------------|-------|
| Firma del Prisionero | Fecha | Firma del Coordinador de Agravios | Fecha |
|----------------------|-------|-----------------------------------|-------|

|  |
|--|
| Accion tomada por _____ Documentacion de intentos. Solucion.<br><br><br> |
|--|

|                    |                 |       |
|--------------------|-----------------|-------|
| Firma del Empleado | Número de Placa | Fecha |
|--------------------|-----------------|-------|

**ARIZONA DEPARTMENT OF CORRECTIONS**

**Inmate Grievance Appeal**

*(To be completed by staff member initially receiving appeal)*

*The inmate may appeal the Warden's, Deputy Warden's or Administrator's decision to the Director by requesting the appeal on this form.*

Received by: \_\_\_\_\_  
 Title: \_\_\_\_\_  
 Badge #: \_\_\_\_\_  
 Date: \_\_\_\_\_

**PLEASE PRINT**

|   |         |                                   |      |
|---|---------|-----------------------------------|------|
| Inmate's Name <i>(Last, First, M.I.)</i>                        | ADC No. | Date                              |      |
| Institution   |         | Case Number                       |      |
| TO:   |         |                                   |      |
| I am appealing the decision of _____ for the following reasons: |         |                                   |      |
|   |         |                                   |      |
|   |         |                                   |      |
|   |         |                                   |      |
|   |         |                                   |      |
|   |         |                                   |      |
|   |         |                                   |      |
|   |         |                                   |      |
|   |         |                                   |      |
| Inmate's Signature  | Date    | Grievance Coordinator's Signature | Date |
| Response To Inmate By:  |         | Location                          |      |
|   |         |                                   |      |
|   |         |                                   |      |
|   |         |                                   |      |
|   |         |                                   |      |
|   |         |                                   |      |
|   |         |                                   |      |
|   |         |                                   |      |
| Staff Signature   |         |                                   | Date |

**DISTRIBUTION:**  
 INITIAL: White & Canary - Grievance Coordinator  
           Pink - Inmate  
 FINAL: White - Inmate  
           Canary - Grievance File

**ARIZONA DEPARTMENT OF CORRECTIONS**

**Apelación del Agravíos para los Prisioneros**

*(To be completed by staff member initially receiving appeal)*

|                    |
|--------------------|
| Received by: _____ |
| Title: _____       |
| Badge #: _____     |
| Date: _____        |

*This document is a translation from original text written in English. This translation is unofficial and is not binding on this state or a political subdivision of this state.*

*Este documento es una traducción de texto original escrito en inglés. Esta traducción no es oficial y no compromete a este estado ni una subdivisión política de este estado.*

*El prisionero puede apelar la decisión de el Guardian, el Diputado o el Administrador al Director haciendo su solicitud en esta forma.*

|   |  |                                   |                |                                   |  |
|---|--|-----------------------------------|----------------|-----------------------------------|--|
| Nombre del Preso <i>(Apellido, Primero, Inicial)</i>            |  | Número de ADC                     |                | Fecha                             |  |
| Institución   |  |                                   | Número de Caso |                                   |  |
| PARA:   |  |                                   |                |                                   |  |
| Estoy apelando la decision de _____ por las siguientes razones: |  |                                   |                |                                   |  |
| Firma del Preso   |  | Fecha                             |                | Firma del Coordinador de Agravíos |  |
| Fecha   |  | Firma del Coordinador de Agravíos |                | Fecha                             |  |
| Respuesta al Prisionero   |  |                                   | Locación       |                                   |  |
|   |  |                                   |                |                                   |  |
| Instruccions  |  |                                   |                |                                   |  |
| Firma del Empleado  |  | Número de Placa                   |                | Fecha                             |  |

DISTRIBUTION:  
 INITIAL: White & Canary - Grievance Coordinator  
           Pink - Inmate  
 FINAL: White - Inmate  
           Canary - Grievance File



**ARIZONA DEPARTMENT OF CORRECTIONS**

**Inmate Grievance/Investigation Report**

|   |            |                         |             |
|---|------------|-------------------------|-------------|
| Inmate Name <i>(Last, First M.I.)</i>   | ADC Number | Date                    | Case Number |
| Institution/Facility  |            | Transmit to:            |             |
| Describe the events which led to property loss. <i>(Include dates and times)</i> If additional pages are needed use 802-7P and mark as Attachment A.  |            |                         |             |
|   |            |                         |             |
|   |            |                         |             |
| Identify the inmates or ADC staff involved in the events described above.   |            |                         |             |
|   |            |                         |             |
| Attach to this form a list of the lost property. This list should include: A complete description, manufacturer's name, model number, serial number, condition, receipts for purchase indicating where the item was purchased and the price paid or if receipts are not available, an estimated price. Also include any receipts for any transfers of the property. |            |                         |             |
| What actions have you taken so far to resolve this problem?   |            |                         |             |
|   |            |                         |             |
| What actions would resolve the problem to your satisfaction?  |            |                         |             |
|   |            |                         |             |
| Inmate's Signature  |            | Coordinator's Signature |             |

**DETERMINATION**

|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| Was the loss based on negligence/accident by ADC or any of its employees? <u>If YES, how was this determined?</u> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Yes  | <input type="checkbox"/> No _____ |
|   |                                   |
| Remedial action taken to prevent future loss of this type?  |                                   |
|   |                                   |
| Staff Signature   |                                   |
| Date  |                                   |

**ARIZONA DEPARTMENT OF CORRECTIONS**

**Reporte de Investigación de Agravíos para los Prisioneros**

*This document is a translation from original text written in English. This translation is unofficial and is not binding on this state or a political subdivision of this state.*  
*Este documento es una traducción de texto original escrito en inglés. Esta traducción no es oficial y no compromete a este estado ni una subdivisión política de este estado.*

|  |  |               |                                   |                |
|--|--|---------------|-----------------------------------|----------------|
| Nombre del Preso <i>(Apellido, Nombre de Pila, Segunda Inicial)</i>  |  | Número de ADC | Fecha                             | Número de Caso |
| Institución  |  |               | Transmitido a                     |                |
| Describa los eventos que se llevaron a cabo para la pérdida de propiedad <i>(incluya fechas y horas)</i> Si necesita paginas adicionales, favor usar la formulario 802-8PS e indicar como anexo A.   |  |               |                                   |                |
|  |  |               |                                   |                |
|  |  |               |                                   |                |
|  |  |               |                                   |                |
| Identifique a los prisioneros o los empleados del ADC, involucrados en los eventos descritos anteriormente.  |  |               |                                   |                |
|  |  |               |                                   |                |
|  |  |               |                                   |                |
| Incluya con este formulario, una lista de la propiedad perdida. Esta lista deberá incluir: Una descripción completa, nombre de manufacturación, número de modelo, seriel, condició, recibos de compra, los cuales dondo fué comprado dicho articulo, precio que se pagó, y si no pueden obtener los recibos, un precio estimado del artefacto. Tambien deberá incluir recibos de transferencia de propiedad. |  |               |                                   |                |
| Qué acción ha tomado hasta ahora para resolver el problema?  |  |               |                                   |                |
|  |  |               |                                   |                |
|  |  |               |                                   |                |
| Qué acciones a tomado para resolver su problema a su satisfacción?   |  |               |                                   |                |
|  |  |               |                                   |                |
|  |  |               |                                   |                |
| Firma del Prisionero   |  | Fecha         | Firma del Coordinador de Agravios | Fecha          |

**DETERMINACION**

|  |       |
|--|-------|
| Fué basado en negligencia la perdida/un accidente por parte del ADC o de sus empleados?<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |       |
|  |       |
| Acción tomada para prevenir pérdidas de este tipo en un futuro?  |       |
|  |       |
|  |       |
| Firma del Empleado   | Fecha |

ARIZONA DEPARTMENT OF CORRECTIONS

Inmate Grievance - GF Supplement

|                                       |            |                      |             |
|---------------------------------------|------------|----------------------|-------------|
| Inmate Name <i>(Last, First M.I.)</i> | ADC Number | Institution/Facility | Case Number |
|---------------------------------------|------------|----------------------|-------------|

|  |
|--|
|  |
|--|

|           |      |
|-----------|------|
| Signature | Date |
|-----------|------|

INITIAL DISTRIBUTION - Committee Recommendation - All copies to Grievance Advisory Committee  
FINAL DISTRIBUTION - White and Pink - Inmate, Canary - Grievance File

INITIAL DISTRIBUTION - GF Supplement - White and Canary - Grievance Coordinator, Pink - Inmate  
FINAL DISTRIBUTION - White - Inmate, Canary - Grievance File

ARIZONA DEPARTMENT OF CORRECTIONS

Suplemento GF - Agravios

*This document is a translation from original text written in English. This translation is unofficial and is not binding on this state or a political subdivision of this state.*

*Este documento es una traducción de texto original escrito en inglés. Esta traducción no es oficial y no compromete a este estado ni una subdivisión política de este estado.*

|  |               |                |                    |
|--|---------------|----------------|--------------------|
| Nombre del Preso ( <i>Apellido, Primero, Inicial</i> ) | Número de ADC | Número de Caso | Institución/Unidad |
|--|---------------|----------------|--------------------|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|         |       |
|---------|-------|
| Firmado | Fecha |
|---------|-------|

INITIAL DISTRIBUTION - Committee Recommendation - All copies to Grievance Advisory Committee  
FINAL DISTRIBUTION - White and Pink - Inmate, Canary - Grievance File

INITIAL DISTRIBUTION - GF Supplement - White and Canary - Grievance Coordinator, Pink - Inmate  
FINAL DISTRIBUTION - White - Inmate, Canary - Grievance File



ARIZONA DEPARTMENT OF CORRECTIONS

Requests are limited to one page and one issue. **NO ATTACHMENTS PERMITTED.** Please print all information.

Inmate Letter

|                                       |            |                  |      |
|---------------------------------------|------------|------------------|------|
| Inmate Name <i>(Last, First M.I.)</i> | ADC Number | Institution/Unit | Date |
|---------------------------------------|------------|------------------|------|

|     |          |
|-----|----------|
| To: | Location |
|-----|----------|

State briefly but completely the problem on which you desire assistance. Provide as many details as possible.

|                  |      |
|------------------|------|
| Inmate Signature | Date |
|------------------|------|

Have You Discussed This With Institution Staff?  Yes  No  
If yes, give the staff member's name:

