|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERSONAL QUE NO PERTENECE AL DOC, VISITANTES DE NEGOCIOS Y PROFESIONALES** | | | | | | | | |
| **OBJETIVO** | | | | | | | | |
| Esta solicitud está destinada a todas las personas que buscan privilegios de entrada a las instalaciones correccionales del DOC con fines profesionales (NO incluye empleados del DOC ni visitantes personales de los detenidos). El acceso a las instalaciones se administra a través de las políticas de DAI 300.00.92 – Verificación de antecedentes, 306.00.36 – Procedimientos de ingreso, 300.00.79 – Medios de comunicación, 300.00.83 – Visitas guiadas a las instalaciones, 309.06.01 – Visitantes personales, 309.06.02 – Visitantes con necesidades especiales, 309.06.03 – Personal no perteneciente al DOC, visitantes comerciales y profesionales; Políticas de DJC; 100.10.01 – Voluntarios y 300.01.06 – Visitas; y varios procedimientos específicos de las instalaciones. Si tiene alguna pregunta, consulte con el contacto de su instalación. | | | | | | | | |
| Entrega individual por correo electrónico o entrega en papel (sección completada por el personal del DOC); Entrega grupal vía enlace (completado por el solicitante) | | | | | | | | |
| \*Iniciador/remitente de la solicitud DOC | |  | | | | | | |
| Punto de Contacto del DOC para preguntas (si es diferente) | |  | | | | | | |
| **NOTAS:**   * Los solicitantes están sujetos a una verificación de antecedentes y a la toma de huellas digitales y el Director de Seguridad o director de personal designado pueden rechazar su admisión a las instalaciones. La información proporcionada en este formulario se utilizará para realizar una verificación de antecedentes penales. * El DOC tiene prohibido seguir distribuyendo información obtenida de un registro de antecedentes penales, excepto de conformidad con 28 CFR s.20.33. La información obtenida sobre vehículos motorizados generalmente no está sujeta a registros abiertos y solo puede usarse para los fines enumerados en las subsecciones de 18 U.S.C. § 2721 y siguientes. secuencia. * Todos los solicitantes deben tener dieciocho (18) años de edad o más. * Todas las personas deben presentar una identificación con fotografía y es posible que deban pasar un detector de metales en cada entrada a las instalaciones. Los objetos personales que se introduzcan en las instalaciones serán examinados por el personal de seguridad. * Por favor proporcione respuestas completas a todas las preguntas. Puede compartir más detalles con el contacto de su establecimiento (por correo electrónico y/o teléfono) si no hay suficiente espacio en este formulario. * Se requiere su firma en dos lugares: 1) Reconociendo los requisitos de PREA y 2) autorizando al DOC a realizar verificaciones de antecedentes de rutina, verificando su voluntad de cumplir con todas las políticas y procedimientos, y su intención de cumplir con las instrucciones del personal del DOC. * Notifique a su asesor de personal sobre cambios futuros en su información demográfica, datos de verificación de antecedentes, contactos de emergencia, contactos o relaciones con delincuentes/jóvenes, etc. Ellos pueden aconsejarle si se debe presentar una nueva solicitud y/o registrar los cambios en los registros del DOC. * Coopere plenamente con los contactos de su establecimiento en cualquier solicitud de información adicional. * El asterisco (\*) indica obligatorio. | | | | | | | | |
| \* ¿INSTALACIÓN/UBICACIÓN PRINCIPAL EN LA QUE BUSCA PRIVILEGIOS DE ENTRADA? | | | | |  | | | |
| \* ¿ESTÁ SOLICITANDO ACCESO A CUALQUIER INSTALACIÓN/UBICACIÓN ADICIONAL DEL DOC?  En caso afirmativo, indique los sitios secundarios si los conoce. | | | | | | | NO  SI  INCIERTO | |
| \* ¿HA PRESENTADO ANTERIORMENTE UNA SOLICITUD DE ACCESO A LAS INSTALACIONES EN CUALQUIER DEPARTAMENTO CORRECCIONAL DE WISCONSIN O AL CENTRO DE RECURSOS DE WISCONSIN?  No incluya otras instalaciones del Departamento de Servicios de Salud, cárceles del condado ni instalaciones federales.  En caso afirmativo, indique los sitios*)* | | | | | | | NO  SI  INCIERTO | |
|  | | | | | | | | |
| **DATOS DEMOGRÁFICOS** | | | | | | | | |
| \* NOMBRE LEGAL COMPLETO    (primer) | (segundo) | | (apellido) | | \* FECHA DE NACIMIENTO | | | \* GÉNERO/SEXO (legal)  Hombre  Mujer |
| \* OTROS NOMBRES QUE ESTÁ UTILIZANDO O POR LOS QUE HA SIDO CONOCIDO, INCLUYENDO NOMBRES DE SOLTERA (Escriba NINGUNO si corresponde) | | | | | | | | |
| \* DOMICILIO | | | | \* CIUDAD | \* ESTADO | | | \* CÓDIGO POSTAL |
| \* CORREO ELECTRONICO PRINCIPAL (el cual se pueda usar para comunicarse con usted) | | | | \* NÚMERO TELEFÓNICO PRINCIPAL | NÚMERO TELEFÓNICO SECUNDARIO | | | |
| \* LICENCIA DE CONDUCIR/PASAPORTE/IDENTIFICACIÓN EMITIDA OR EL GOBIERNO (Escriba NINGUNA sí corresponde) | | | | | \* EMITIDO POR ESTADO/PAS/AGENCIA | | | |
| \* ¿ALGUNA VEZ HA SIDO EMPLEADO, HA PROPORCIONADO SERVICIOS/PROGRAMACIÓN O  ¿HA SIDO VOLUNTARIO EN EL DOC DE WISCONSIN O CUALQUIER OTRA CORRECCIONAL O AGENCIA POLICIAL (incluido servicio por contrato)?  En caso afirmativo, proporcione ubicación, fechas y función. | | | | | | NO  SI | | |
| \* ¿ALGUNA VEZ LE NEGARON PRIVILEGIOS DE ENTRADA A CUALQUIER CORRECCIONAL/CÁRCEL?  INSTALACIÓN (es decir, cualquier jurisdicción, incluida la federal, estatal o del condado)  ***NOTA: En caso afirmativo, envíe un correo electrónico o llame al contacto de su instalación para proporcionar detalles sobre la***  ***incidente, incluyendo ubicación, fecha y motivo.*** | | | | | | NO  SI | | |
| \* CUANDO VISITA, ¿HAY ALGÚN MOTIVO POR EL QUE NO PUEDE PASAR EL DETECTOR DE METAL REGULAR?  (tiene implante metálico, usa bastón, un aparato ortopédico) Y/O NECESITA UNA ADAPTACIÓN?  ***NOTA: En caso afirmativo, recibirá el formulario DOC-2424 – Visitante que solicita adaptación***  ***que debe ser completado por su médico, devuelto y aprobado antes de la visita.*** | | | | | | NO  SI | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROPÓSITO DE LA VISITA-INTENCIÓN** | | | | | | | |
| \* RAZÓN PARA SOLICITAR PRIVILEGIOS DE ENTRADA A LAS INSTALACIONES (marque todo lo que corresponda): | | | | | | | |
| VOLUNTARIO | | | | | | | |
| VISITANTE PASTORAL (1-1 cuidado espiritual) | | | RELIGIOSO (programación congregada) | | | | |
| RECREACION | | | JUSTICIA RESTAURATIVA | | | | |
| REINGRESO/FERIA DE EMPLEO | | | GRUPO DE AUTO AYUDA (por ejemplo: AA, NA, SMART) | | | | |
| CONTRATISTA DEL PROGRAMA | | | | | | | |
| EDUCACION/MAESTRO | | | | | | | |
| PROVEEDOR DE TRATAMIENTO (ej. CGIP, DV, SUD) | | | | | | | |
| PROVEEDOR DE INSTALACIONES (ej. construcción, entregas, equipos de mantenimiento/reparación, laboratorio, sanitación) | | | | | | | |
| OTRA AGENCIA GUBERNAMENTAL | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD (DHS) | | | AGENCIA REGULADORA/INSPECTOR/AUDITOR | | | | |
| DEPARTAMENTO DE DESARROLLO DE LA FUERZA LABORAL (DWD) | | | OTRO OFICIAL DE GOBIERNO (ej. funcionario electo,  personal judicial, personal legislativo) | | | | |
| DEPARTAMENTO DE ASUNTOS DE VETERANOS (DVA) | | |
| ENTRENADOR DE EMPLEADOS | | | | | | | |
| PONENTE INVITADO / ACTUACIÓN / INVITADO AL PROGRAMA | | | | | | | |
| SERVICIOS LEGALES (ESPECIFICAR)  PROGRAMA CONTRATADO (por ejemplo, Servicios Legales de Reingreso, Remington Center)  ABOGADO PERSONAL  DEFENSOR PUBLICO  ABOGADO DE LA AGENCIA (ejemplo, Derechos de discapacidad de Wisconsin) | | | | | | | |
| SERVICIO DE TRANSPORTE DE RECLUSOS | | | | | | | |
| ALUMNO/PASANTE | | | | | | | |
| EVENTO ESPECIAL/GRUPO DE TOUR | | | | | | | |
| OTRO (\*Si es seleccionado, explique en la sección de comentarios) | | | | | | | |
| COMENTARIOS (Proporcione detalles de eventos, programas o nombres específicos de reclusos/jóvenes, si corresponde) | | | | | | | |
| \* CREDENCIALES, EDUCACIÓN O CAPACITACIÓN PERTINENTES (Escriba ninguna, si corresponde) | | | | | | | |
| \* AGENCIA / ORGANIZASION / UNIVERSIDAD QUE REPRESENTA & DOMICILIO (Escriba ninguno, si corresponde) | | | | | \* TELEFONO | | |
| \* ¿CON QUÉ FRECUENCIA ESPERA ENTRAR A CUALQUIERA O TODAS LAS CORRECCIONALES DE WISCONSIN?  NotA: Los requisitos de orientación pueden corresponder a frecuencia. | | | | | 1-4 veces por año  5 o más veces por año | | |
| **DIVULGACIÓN DE CONTACTOS DEL DELINCUENTE/PARENTEZCOS** | | | | | | | |
| *Muchos miembros del personal del DOC y personal que no pertenece al DOC, así como visitantes de negocios y profesionales, tienen familiares, amigos o asociados bajo la custodia o supervisión del DOC. Esto es común y no impide automáticamente que los ciudadanos ingresen a centros penitenciarios en funciones profesionales. El DOC requiere la divulgación de estas relaciones para identificar el plan de acción más seguro y apropiado para el personal que no pertenece al DOC y los visitantes comerciales y profesionales.* | | | | | | | |
| \* ¿ESTÁ ACTUALMENTE EN LA LISTA DE VISITAS DE CUALQUIER PRESO(S)/JÓVENES DE WISCONSIN, INCLUYENDO SITIOS DE DHS?  En caso afirmativo, indique los nombres relevantes y las instalaciones actuales. | | | | | NO  SI  INCIERTO | | |
| \* ¿ES PARIENTE (incluso por matrimonio) CON ALGÚN RECLUSO/JÓVEN EN CUALQUIER CORRECCIONAL DE WISCONSIN? (es decir, jurisdicción estatal o del condado) INCLUYENDO DHS?  En caso afirmativo, indique los nombres relevantes y las instalaciones actuales. | | | | | NO  SI  INCIERTO | | |
| \* ¿ES PARIENTE (incluso por matrimonio) CON UN DELINCUENTE/JOVEN QUE ESTÁ BAJO WISCONSIN DOC O  SUPERVISIÓN COMUNITARIA DEL DHS? (por ejemplo, probatoria, libertad condicional, supervisión extendida, NGI, etc.)  En caso afirmativo, indique el nombre del delincuente relevante y el condado de supervisión | | | | | NO  SI  INCIERTO | | |
|  | | | | | | | |
| **CUMPLIMIENTO DE PREA** | | | | | | | |
| *La Ley de Eliminación de Violaciones en Prisión de 2003 (PREA) se promulgó para abordar el problema de la agresión sexual a personas bajo custodia de agencias correccionales estadounidenses. El DOC cumple con la PREA al exigir que todos los empleados y el personal que no pertenece al DOC, así como los visitantes comerciales y profesionales, respondan las siguientes preguntas.*  ***NOTA: Si responde afirmativamente a cualquier pregunta de esta sección, es muy importante que proporcione detalles sobre el incidente directamente al contacto de su instalación.*** | | | | | | | |
| \* ¿ALGUNA VEZ HA ESTADO INVOLUCRADO EN ABUSO SEXUAL EN UNA PRISION, CARCEL, ENCERRADO, EN ESTABLECIMIENTO DE CONFINAMIENTO COMUNITARIO, CENTRO DE MENORES, ¿O OTRA INSTITUCIÓN O LUGAR DE DETENCIÓN? | | | | | NO  SI | | |
| \* ¿ALGUNA VEZ HA SIDO CONDENADO POR REALIZAR O INTENTAR REALIZAR ACTIVIDADES SEXUALES EN LA COMUNIDAD OBLIGANDO POR LA FUERZA, EXPRESAR O IMPLÍCITA, AMENAZAS DE FUERZA O COERCIÓN, O SI LA VÍCTIMA NO DIÓ SU CONSENTIMIENTO O NO PUDO CONSENTIR O SE NEGÓ? | | | | | NO  SI | | |
| \* ¿ALGUNA VEZ HA SIDO ADJUDICADO CIVICAMENTE O ADMINISTRATIVAMENTE POR HABER DEDICADO A LA ACTIVIDAD DESCRITA ARRIBA? | | | | | NO  SI | | |
| \* La política del DOC requiere además que todos los posibles visitantes comerciales y profesionales que no pertenezcan al DOC lean el documento del DOC de Wisconsin.  *PREA: Una guía para visitantes profesionales, comerciales y de personal que no pertenecen al DOC [POC-0054]. Marque lo siguiente para indicar*:  He leído este folleto.  He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las políticas PREA del DOC (incluso por teléfono o correo electrónico). | | | | | | | |
| Después de leer el folleto PREA adjunto, entiendo:   * Las definiciones de “abuso sexual”, “acoso sexual” y “consentimiento”; * Que **siempre** es ilegal que cualquier persona participe en actividades sexuales con un recluso/delincuente/adolescente bajo custodia; * Hay rasgos que ponen al delincuente en mayor riesgo de victimización sexual; * Hay “señas de aviso” que pueden indicar límites comprometidos o abuso de un recluso/delincuente/adolescente; * Tengo el deber de informar inmediatamente cualquier conocimiento, sospecha o información de abuso o acoso sexual de un recluso/delincuente/adolescente utilizando uno o más de los siguientes métodos.   + Notificar a un supervisor del lugar de la correccional.   + Enviar a través del sitio web del DOC [https://doc.wi.gov/Pages/AboutDOC/PrisonRapeEliminationAct.aspx]   + Enviar un correo electrónico a la Oficina de PREA [docsecosopreainvestigations@wisconsin.]   + Llamar a la Oficina de PREA [608-240-5071] * Debo pedirle a la presunta víctima que evite cualquier acción que pueda destruir pruebas; * Debo mantener “límites profesionales” saludables con los reclusos/infractores/adolescentes en todo momento.   *Mi firma a continuación reconoce mi comprensión de la política de tolerancia cero del DOC con respecto al abuso y acoso sexual, así como mis responsabilidades de cumplimiento de PREA como personal no perteneciente al DOC y visitantes comerciales y profesionales.* | | | | | | | |
| **\* FIRMA RECONOCIENDO EL ENTENDIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PREA** | | | | | | | **\* FECHA FIRMADO1** |
| **VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES Y RECONOCIMIENTOS** | | | | | | | |
| Al firmar y enviar este documento, autorizo ​​al DOC de Wisconsin a completar una verificación de antecedentes (incluidas posibles verificaciones de antecedentes actualizadas en varios intervalos futuros para permanecer activo como personal, visitante comercial y profesional que no pertenece al DOC). Falsificar u omitir cualquier información puede resultar en la denegación y/o terminación de los privilegios de entrada a todas las instalaciones del DOC. Entiendo que debo informar al personal del centro antes del siguiente día laboral sobre cualquier cambio en esta información o contacto policial que ocurra después de enviar este formulario firmado.  Este formulario contiene información de identificación personal (PII) sobre mí y/o mis contactos de emergencia (por ejemplo, números de teléfono). Entiendo que el DOC mantendrá este formulario de manera confidencial de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales y estatales aplicables, y limitará el acceso solo a aquellos empleados del DOC que necesiten estos datos para realizar sus tareas laborales.  Mi firma a continuación reconoce mi acuerdo de eximir de responsabilidad a las instalaciones, al Departamento Correccional del Estado de Wisconsin y a todos los empleados, funcionarios y agentes estatales relacionados con las instalaciones en caso de daños a mi propiedad, lesiones personales o mi muerte, que surjan de o de cualquier manera relacionado con el uso de armas, actos ilegales o resistencia forzada por parte de delincuentes/jóvenes, ya sea mediante asalto, disturbio u otro acto.  Entiendo que, como visitante profesional, de negocios y de personal que no pertenece al DOC, se espera que cumpla con todas las políticas del DOC (como se describe en el Manual de orientación para visitantes profesionales, de negocios y de personal que no pertenecen al DOC), incluida la Política de fraternización y los procedimientos de las instalaciones. También acepto cumplir con todas las políticas del DOC relacionadas con las leyes federales y de Wisconsin con respecto a la confidencialidad de la información de salud protegida de reclusos/delincuentes/adolescentes, así como la prevención y divulgación requerida de abuso/violencia sexual de reclusos/delincuentes/adolescentes. | | | | | | | |
| **\* FIRMA DEL SOLICITANTE PARA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES Y RECONOCIMIENTOS** | | | | | | **\* FECHA FIRMADO2** | |
|  | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (opcional)** | | | | | | | |
| CONTACTO PRINCIPAL DE EMERGENCIA | | | | PARENTEZCO | | | |
| NÚMEROS DE TELÉFONO DEL CONTACTO PRINCIPAL | MÓBIL | CASA | | TRABAJO | | | |
| CONTACTO SECUNDARIO DE EMERGENCIA | | | | PARENTEZCO | | | |
| NÚMEROS DE TELÉFONO DEL SEGUNDO CONTACTO | MÓBIL | CASA | | TRABAJO | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PARA USO OFICIAL SOLAMENTE** | | | |
| **COMENTARIOS DEL PERSONAL DE LAS INSTALACIONES (por ejemplo, información adicional proporcionada por el solicitante; notas de la entrevista sobre las preguntas del formulario)** | | | |
| **VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES (Coincide con la política de DAI 300.00.92)** | **INICIALES** | **FECHA COMPLETADO** | **COMENTARIOS** |
| CCAP |  |  |  |
| Portal 100 |  |  |  |
| SORP |  |  |  |
| WICS Búsqueda de personas |  |  |  |
| COMPAS |  |  |  |
| PIOC archivo (si aplica) |  |  |  |
| DAI Registros de Voluntario  SharePoint  Carpetas de Grupo |  |  |  |
| Credenciales profesionales (si aplica)  Fuente: |  |  |  |
| **APROBACIÓN DEL SUPERVISOR Y**  **DECISIONES DE ORIENTACIÓN/HUELLAS DIGITALES** | **INICIALES** | **FECHA COMPLETADO** | **COMENTARIOS** |
| Privilegios de entrada a las instalaciones  Aprobada  Negado  Solicitud no procesada (sin culpa) |  |  |  |
| Función/nivel empresarial/profesional (es decir, para fines de capacitación según la política 309.06.03 de DAI, política 100.10.01 de DJC y matriz de categorías)  Tier 1 (PREA-entrenamiento solamente, como incorporado en DOC-2674)  Tier 2 (orientación breve)  Tier 3 (orientación completa)  Tier 4 (orientación completa + entrenamiento especializado) | | | **RECORDATORIO: Registre las fechas de orientación y toma de huellas digitales (si corresponde) en SharePoint; No se requiere completar antes de escanear/archivar DOC-2674.** |
| ¿Se requieren las huellas digitales (es decir, de acuerdo con el ED #76; relacionado con el acceso CHRI electrónico y/o en papel)?  NO  SI | | |
| **ACTUALIZACIONES DE REGISTROS** | **INICIALES** | **FECHA COMPLETADO** | **COMENTARIOS** |
| SharePoint Base de datos actualizada |  |  |  |
| Formulario escaneado a carpeta electrónica |  |  |  |
| Copia de papel: colocada en un almacenamiento seguro |  |  |  |

# PREA: Una Guía Para Visitantes Comerciales y Profesionales que no Pertenecen al DOC

Abuso Sexual y Acoso Sexual en Confinamiento: Cero Tolerancia

La Ley de Eliminación de Agresión Sexual en Prisión (PERA, por sus siglas en inglés) fue firmada como ley en el 2003 después de recibir apoyo unánime del Congreso y de años de presión de representantes y sobrevivientes. PREA se extiende más allá de violación sexual en prisión; es la primera ley federal que apoya la prevención, detección y respuesta al abuso sexual, acoso sexual en todos los lugares de confinamiento. De tal manera, el Departamento de Correcciones de Wisconsin (DOC, por sus siglas en inglés) tiene cero tolerancias por abuso sexual, acoso sexual y por represalias en contra de ofensores por reportar a otros ofensores, empleados, voluntarios y contratistas perpetradores. La Directiva Ejecutiva (ED, por sus siglas en inglés) 72 refleja este compromiso. Todas las denuncias de abuso sexual y acoso sexual son investigadas por WI DOC y remitidas a la policía.

## TODOS LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS NO DEL DOC DEBEN

**Reportar Inmediatamente:**

Cualquier conocimiento, sospecha o, información sobre un incidente de abuso sexual o acoso sexual;

Represalia contra una víctima o, persona que reportó abuso sexual o, acoso sexual y/o,

Cualquier empleado(a), voluntario(a) o, contratista negligente o, violación de responsabilidades que puedan haber contribuido a un incidente o, represalias.

**Informe a través de cualquiera de los siguientes métodos antes de salir de la instalación:**

Notifique a un supervisor (p. ej., supervisor de turno, director de seguridad, gerente de cumplimiento de PREA, director, sub-director, superintendente);

Email [DOCSECOSOPREAInvestigations@wisconsin.gov](mailto:DOCSECOSOPREAInvestigations@wisconsin.gov);

Llame a la oficina de PREA al 608.240.5071;

[Sitio web público del DOC](https://doc.wi.gov/Pages/AboutDOC/PrisonRapeEliminationAct.aspx)

**Adicionalmente:**

Solicitar Pedir que la víctima no haga nada que pueda destruir evidencia física (ej.; comer, beber, lavarse, cambiar de ropa, etc.).

No debe revelar ninguna información relacionada con un informe de abuso sexual a nadie más que en la medida necesaria, como se especifica en la política del DOC, para tomar decisiones de tratamiento, investigación y otras decisiones de seguridad y administración.

Delincuentes Vulnerables

Entendiendo las características que ponen a un(a) ofensor(a) a un novel de riesgo más alto para victimización sexual crea un entendimiento y mejora considerablemente la habilidad del DOC de prevenir y detectar abuso y acoso sexual. Ofensores(as) vulnerables incluye aquellos que tienen los siguientes rasgos:

* Discapacidad física, mental o de desarrollo
* Estatura pequeña, u ofensor(a) nuevo(a) o joven
* Dominio limitado del idioma inglés
* Intoxicado(a) o bajo la influencia
* De recursos pobres
* Delincuente sexual
* Previa victimización sexual
* Se identifica/es o si es percibido(a) como gay, lesbiana, bisexual, transexual, intersexo, o no-conformante a género

Indicadores de Abuso

Mientras que no hay absolutos, con frecuencia hay advertencias o evidencia inevitable que pueden indicar límites comprometidos o abuso. ¡Cada una es una oportunidad para intervenir!

Perpetradores(as) (actuales o posibles) pueden acechar, preparar o intercambiar favores; tener historial previo de abuso sexual; demuestra comportamientos voyeristas o exhibicionistas; con frecuencia prueban los límites; tienen dificultad en controlar su ira; se aíslan de compañeros de trabajo; tienen cambios en su vida o apariencia personal; y/o traen artículos inapropiados/contrabando al trabajo.

Víctimas (actuales o posibles) pueden rehusar a ducharse; dejar su celda vacía o regresar a su celda ocupada; demuestran agresividad inusual; merodean cerca de empleados; se orinan en la cama; usan lenguaje sexual con más frecuencia; y/o se involucran en emparejarse por protección.

POC-0054S (Revised 9/2023)

### DEFINICIONES

#### Abuso Sexual

Abuso Sexual de un Delincuente a Otro Delincuente. Abuso Sexual de un delincuente a otro delincuente incluyen cualquiera de los siguientes actos, si la víctima no consiente, es obligada a participar en tal acto por medio de amenazas abiertas implícitas o cubiertas de violencia o, no es capaz de consentir o negarse:

* Contacto entre el pene y la vulva o, el pene y el ano, incluyendo penetración, por ligera que sea;
* Contacto entre la boca y el pene, vulva o ano;
* Penetración de la apertura anal o genital, sin embargo, por ligera que sea, con una mano, dedo, objeto o cualquier otro instrumento
* Cualquier otro contacto intencional, ya sea directamente o a través de ropa, de los genitales, ano, ingle, sensos, muslo interior o, las nalgas u, otra persona, excluyendo contacto incidental a un altercado físico.

Empleados, Contratados o Voluntarios: Abuso Sexual del Delincuente. Abuso Sexual de un delincuente por un(a) empleado(a) incluye cualquiera de los siguientes actos, con o sin consentimiento del/la delincuente(a):

* Contacto entre el pene y la vulva o, el pene y el ano, incluyendo penetración, por ligera que sea;
* Contacto entre la boca y el pene, vulva o ano;
* Contacto entre la boca y cualquier parte del cuerpo donde un(a) empleado(a), contratista o voluntario ha intentado de abusar, excitar o gratificar su deseo sexual;
* Penetración de la apertura anal o genital por ligera que sea, con una mano, dedo, objeto o cualquier otro instrumento, que no está relacionado a los deberes oficiales o donde el/la empleado(a), contratista o voluntario tiene la intención de abusar, excitar o gratificar su deseo sexual;
* Cualquier otro contacto intencional, ya sea directamente o a través de la ropa, de los genitales, ano, ingle, muslo interior, seno, o, las nalgas, que no es relacionado a los deberes oficiales o donde el/la empleado(a), contratista o voluntario tiene la intención de abusar, excitar o gratificar su deseo sexual.
* Cualquier intento, amenaza o solicitud por parte de un miembro del personal para participar en las actividades descritas en los párrafos (1)-(5) de esta sección;
* Cualquier exhibición por parte de un miembro del personal de sus genitales, glúteos o senos descubiertos en presencia de un recluso; y
* Voyerismo por parte de un miembro del personal.

#### Voyerismo

Una invasión de la privacidad de un recluso por parte del personal por motivos no relacionados con las funciones oficiales, como mirar a un recluso que está usando un baño en su celda para realizar funciones corporales; exigir a un recluso que exponga sus nalgas, genitales o senos; o tomar imágenes de todo o parte del cuerpo desnudo de un delincuente o de un delincuente realizando funciones corporales.

#### Acoso Sexual

Acoso Sexual de Recluso a Recluso.Avances sexuales repetidos y no deseados, solicitudes de favores sexuales o comentarios verbales, gestos o acciones de naturaleza sexual despectiva u ofensiva por parte de un delincuente hacia otro**.**

Acoso Sexual Entre el Personal Contra Recluso. Avances sexuales repetidos y no deseados, solicitudes de favores sexuales o comentarios verbales, gestos o acciones de naturaleza sexual despectiva u ofensiva por parte de un delincuente hacia otro.

POC-0054S (Revised 9/2023)