

INSTALACIÓN: _____

FECHA DE CAPACITACIÓN: _____

Nombre completo de persona encarcelada: _____

OID: _____

Incarcerated Person PREA Intake Training Signature Sheet (Spanish)**Título 34****CONTROL DEL CRIMEN Y APLICACIÓN DE LA LEY****Subtítulo III—Prevención de delitos particulares****§303: Ley de Eliminación de Violación en Prisión - PREA****Leyes Federales contra el Abuso Sexual y el Acoso Sexual**

Minnesota tiene una Política de Tolerancia CERO

Reconozco que he recibido capacitación, políticas y detalles escritos específicos que describen el tema de la mala conducta sexual, el acoso sexual y la ley federal de Eliminación de violaciones en prisión.

Haré preguntas, si es necesario, para comprender la información proporcionada.

Entiendo que la política del Departamento de Corrección de Minnesota [DOC] prohíbe específicamente cualquier actividad asociada o que promueva actos de conducta sexual, incluido el acoso sexual, entre residentes o personas encarceladas y el personal del DOC. En esta definición, "personal" incluye empleados, contratistas, representantes o voluntarios del DOC, así como personal de otras jurisdicciones federales, estatales o locales. Residente o Persona Encarcelada es alguien confinado en un centro correccional o bajo supervisión en la comunidad. Además, entiendo que la mala conducta sexual está en contra de la ley bajo M.S. 609.344 y 609.345, subd.1m.

- Entiendo que los avances sexuales no deseados, las solicitudes de favores sexuales y otras conductas verbales o físicas de naturaleza sexual son acoso sexual.
- Entiendo que no puedo consentir a actividad sexual con el personal.
- Tengo derecho a poder denunciar cualquier tipo de abuso o acoso sexual enviando un KITE, una queja verbal a cualquier empleado, llamando a la línea directa gratuita de PREA o cualquier servicio de defensa contra el abuso sexual.
- Entiendo que se hará responsable por hacer acusaciones falsas. Las acusaciones falsas se definen como la realización de declaraciones escritas u orales falsas para engañar o tergiversar los hechos.

Firma de persona encarcelada/Residente_____
Fecha_____
Staff printed name_____
Staff Signature and Date