



**Washington State  
Office of  
Public Defense**

**Programa posterior a la condena  
Formulario de Solicitud de Cese de  
la Privación de Libertad**

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Edad del solicitante (años) \_\_\_\_\_

Número del Departamento de Correcciones o de cárcel del solicitante: \_\_\_\_\_

Número de caso del Tribunal de Apelaciones: \_\_\_\_\_

Número de caso del tribunal de primera instancia: \_\_\_\_\_

Tribunal de primera instancia - Condado: \_\_\_\_\_

Fecha en que la condena se volvió definitiva: \_\_\_\_\_

Duración de la condena en meses \_\_\_\_\_

¿Ha presentado ya el solicitante un PRP con este número de caso? \_\_\_\_\_

¿Tiene el solicitante una discapacidad que:

- ¿Interfiere sustancialmente en la capacidad de leer? \_\_\_\_\_
- ¿Interfiere sustancialmente en la capacidad para comprender o recordar información jurídica? \_\_\_\_\_
- ¿Interfiere sustancialmente en la capacidad para escribir a mano o a máquina? \_\_\_\_\_

¿Utilizó el solicitante un intérprete asignado por el tribunal durante en el juicio? \_\_\_\_\_

¿Utiliza el solicitante un intérprete para comunicarse con los abogados? \_\_\_\_\_

Si la condena se volvió definitiva hace más de un año, adjunte páginas adicionales en las que explique los motivos que justifican que usted presente su solicitud después del plazo máximo de un año establecido en RCW 10.73.100, si los conoce. Adjunte páginas adicionales que incluyan cualquier otra información que desee que la OPD revise.

**Las solicitudes deben estar firmadas**

Declaro a mi leal saber y entender que lo anterior es cierto y correcto.

Fecha (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Se aceptan firmas mecanografiadas

¿Ha preparado este formulario para otra persona? En caso afirmativo:

Anote su nombre: \_\_\_\_\_

indique su relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

**Información opcional del solicitante**

Género:

**Raza y etnia (marque todas las que corresponda)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hispana o latina                      | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái u otras islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Indígena americana o nativa de Alaska | <input type="checkbox"/> Otra _____                                 |
| <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana                 |   |
| <input type="checkbox"/> Blanca                                |   |