FORM "A"

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
DEPARTMENT OF CORRECTION
INMATE GRIEVANCE FORM

INMATE'S NAME:	**INMATE'S #:**	**DATE:**
INSTITUTION INCIDENT OCCURRED AT:	**DATE OF INCIDENT:**	

INSTRUCTIONS:

1. Refer to 103 CMR 491, Inmate Grievance Policy.
2. In **Block B**, give a brief and understandable summary of your complaint/issue.
3. List any actions you may have taken to resolve this matter in **Block C**. Be sure to include the identity of staff members you have contacted.
4. Provide a Requested Remedy in **Block D.**

A. When filing an Emergency Grievance check Emergency.

_____EMERGENCY

B. Give a brief and understandable summary of your complaint/issue. Additional paper may be used, if necessary.

C. List any action taken to address/resolve this matter. Include the identity of staff members you have contacted.

D. Provide your Requested Remedy.

Inmate's Signature_____Date:_____

Staff Recipient_____Date:_____

****DENIED GRIEVANCES MAY BE APPEALED TO THE REVIEWING AUTHORITY WITHIN 10 BUSINESS DAYS.**
(Inmate receipts/responses will be generated via the Inmate Management System.)

February 2024

FORMULARIO “A”

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
DEPARTAMENTO DE CORRECCION
FORMULARIO DE QUEJA DE PRESO

NOMBRE DEL PRESO:	**PRESO #:**	**FECHA:**

INSTUTUCION INCIDENTE OCCURRIO:	**FECHA DEL INCIDENTE:**

INSTRUCCIONES:
Refiérase a 103 CMR 491, Políticas de Queja de Preso.
En el **Bloque B**, dé un breve y comprensible resumen de su queja / asunto.
Liste cualquier acción que usted ha tomado para resolver esta materia en **Bloque C**. Asegúrese de incluir la identidad del miembro del personal que usted ha contactado.
Provea el remedio que usted solicita en **Bloque D.**

A. Cuando presente una Queja de Emergencia seleccione Emergencia.

_____EMERGENCIA

B. Dé una breve y comprensible resumen de su queja / asunto. Si es necesario, use papel adicional.

C. Liste cualquiera acción que usted ha tomado para exponer / resolver esta materia. Incluya la identidad de los miembros del personal que usted ha contactado.

D. Provea el Remedio Solicitado.

Firma del preso_____Fecha:_____

Personal que lo recibe_____Fecha:_____

**QUEJAS NEGADAS PUEDEN SER APELADAS A LA AUTORIDAD QUE LA REVISA DENTRO DE LOS 10 LABORALES
**LOS RECIBOS/RESPUESTAS DE LOS RECLUSOS SE GENERARAN A TRAVES DEL SISTEMA DE GESTION DE RECLUSOS [Inmate Management System]

FORM "B"

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
DEPARTMENT OF CORRECTION
INMATE GRIEVANCE APPEAL FORM

INMATE'S NAME:	**INMATE'S #:**	**DATE:**
INSTITUTION OCCURRED AT:	**ASSIGNED GRIEVANCE #:**	

INSTRUCTIONS:

5. Refer to 103 CMR 491, Inmate Grievance Policy.
6. Provide your appeal argument in **Block A**, in a brief and understandable manner.
7. Provide your requested remedy in **Block B.**

A. Provide your appeal argument in a brief and understandable manner.

B. Provide your requested remedy

Inmate's Signature_____Date:_____

Staff Recipient_____Date:_____

(Inmate receipts/responses will be generated via the Inmate Management System.)

FORMULARIO "B"

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
DEPARTAMENTO DE CORRECCION
FORMULARIO DE APELACION DE QUEJA DE PRESO

NOMBRE DEL PRESO:	**PRESO #:**	**FECHA:**
INSTITUCION INCIDENTE OCURRIO EN:	**QUEJA ASIGNADA #:**	

INSTRUCCIONES:
Refiérase a 103 CMR 491, Política de Queja de Preso.
Provea su argumento de apelación en el **Bloque A**, de una manera breve y comprensible.
Provea el remedio que usted solicita en el **Bloque B.**

Provea su argumento de apelación de una manera breve y comprensible.

Provea el r**emedio que usted solicita**

Firma del Preso_____Fecha:_____

Personal que lo recibe_____Fecha:_____
****Los recibos/respuestas de los reclusos se generaran a través del Sistema de Gestión de Reclusos. (Inmate Management System)**