

I- **7S Frente** (Revisión 11-2010)

SE REQUIERE SU FIRMA AL REVERSO DE ESTA FORMA

(Continúa al reverso)

Acción que usted solicita para resolver su problema.

Firma del Ofensor: _____ Fecha: _____

Decisión Administrativa:

Firma de la Autoridad _____ Fecha: _____

Si usted no esta satisfecho con la respuestra del Paso 1, (I-127), usted puede enviar el Paso 2 (I-128) al Investigador de Quejas de la unidad dentro de 15 dias de la fecha de la respuesta del Paso 1. Escriba la razon de su apelación en la forma del Paso 2.

Su Queja fue regresada por las siguientes razones:

**Presente su queja cuando haya corregido su error en el formulario.*

- 1. El límite establecido de 15 días para presentar su queja ha terminado.
- 2. Presentó mas de una queja en el período establecido de 7 días.*
- 3. La forma original no fue presentada. *
- 4. La queja tiene páginas excesivas o inapropiadas. *
- 5. No hay documentación que indique que usted trato de resolver su queja informalmente
- 6. No indicó que remedio solicita para resolver su problema.*
- 7. Contiene lenguaje vulgar, indecente o amenazador físicamente. *
- 8. Su problema no se puede solucionar presentando esta queja. *
- 9. Ya presentó esta queja anteriormente, queja # _____
- 10. No se puede leer, no se entiende. *
- 11. No es apropiado. *

UGI Printed Name/Signature: _____

La aplicación del criterio de revisión para esta queja no se espera que afecte adversamente la salud del ofensor.

Medical Signature Authority: _____

I-127S Reverso (Revisión 11-2010)

OFFICE USE ONLY

Para Uso De La Oficina Solamente

Initial Submission UGI Initials: _____

Grievance #: _____

Screening Criteria Used: _____

Date Recd from Offender: _____

Date Returned to Offender: _____

2nd Submission UGI Initials: _____

Grievance #: _____

Screening Criteria Used: _____

Date Recd from Offender: _____

Date Returned to Offender: _____

3rd Submission UGI Initials: _____

Grievance #: _____

Screening Criteria Used: _____

Date Recd from Offender: _____

Date Returned to Offender: _____

Offender Signature: _____ **Date:** _____

Grievance Response:

Signature Authority: _____ **Date:** _____

Returned because: *Resubmit this form when corrections are made.

- 1. Grievable time period has expired.
- 2. Illegible/Incomprehensible. *
- 3. Originals not submitted. *
- 4. Inappropriate/Excessive attachments. *
- 5. Malicious use of vulgar, indecent, or physically threatening language.
- 6. Inappropriate. *

CGO Staff Signature: _____

| OFFICE USE ONLY | |
|----------------------------------|----------------------------|
| Initial Submission | CGO Initials: _____ |
| Date UGI Recd: _____ | |
| Date CGO Recd: _____ | |
| (check one) _____ Screened | _____ Improperly Submitted |
| Comments: _____ | |
| Date Returned to Offender: _____ | |
| 2nd Submission | CGO Initials: _____ |
| Date UGI Recd: _____ | |
| Date CGO Recd: _____ | |
| (check one) _____ Screened | _____ Improperly Submitted |
| Comments: _____ | |
| Date Returned to Offender: _____ | |
| 3rd Submission | CGO Initials: _____ |
| Date UGI Recd: _____ | |
| Date CGO Recd: _____ | |
| (check one) _____ Screened | _____ Improperly Submitted |
| Comments: _____ | |
| Date Returned to Offender: _____ | |



Departamento de Justicia Criminal de Texas

PASO 2 FORMULARIO DE QUEJAS

OFFICE USE ONLY
Para Uso De La Oficina Solamente
Grievance #:
UGI Recd Date:
HQ Recd Date:
Date Due:
Grievance Code:
Investigator ID #:
Extension Date:

Nombre: TDCJ #

Unidad: Celda Asignada:

Unidad donde ocurrió el incidente:

Para procesar su apelacion al Segundo nivel, necesita mandar junto con su formulario (I-128) el original del formulario (I-127) con la respuesta y la firma del guardian. Usted no puede apelar su queja al Segundo nivel, si su queja al primer nivel fue regresada sin procesar.

Escriba la razón de su apelación (sea específico). Yo no estoy satisfecho con la respuesta del Paso 1 porque....

Lined area for writing the reason for appeal.