

U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE

FEDERAL BUREAU OF PRISONS

3. MONITORING OF INMATE TELEPHONE CALLS

The Bureau of Prisons reserves the authority to monitor (this includes recording) conversations on any telephone located within its institutions, said monitoring to be done to preserve the security and orderly management of the institution and to protect the public. An inmate's use of institutional telephones constitutes consent to this monitoring. A properly placed phone call to an attorney is not monitored. You must contact your unit team to request an unmonitored attorney call.

I have read or had read to me (cross out one) the above notification on the monitoring of inmate telephone calls. I understand that telephone calls I make from institution telephones may be monitored and recorded.

Signature of Inmate \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

I hereby certify that the above information was {cross out incorrect statements} (provided to the inmate to read) and/or was (read and fully explained by me to the above inmate). The inmate (signed)/(refused) to sign.

Printed Name/Signature of Staff Member \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

4. NOTIFICATION IN CASE OF DEATH/ILLNESS, DISPOSITION OF PROPERTY

In the event I should die, I direct that my \_\_\_\_\_, whose name is \_\_\_\_\_  
(Relationship)

and whose address is \_\_\_\_\_  
(Street) (City) (State) (Zip Code)

\_\_\_\_\_ be notified.  
(Telephone Number)

In the event the Bureau of Prisons staff is unable to locate the above designated person, following a reasonable search, I authorize the substitution of the following person in his or her stead.

\_\_\_\_\_  
(Name) (Relationship) (Address) (Telephone Number)

I authorize the Bureau of Prisons to transmit my property and personal effects including money remaining to my credit in, or due me from the Bureau of Prisons to my next of kin in accordance with state law.

I agree further that disposition may be made of my personal property located within the prison facility, including clothing, in accordance with the rules and regulations of the Bureau of Prisons.

In case of serious illness or other emergency the above named persons may be contacted to be notified of my condition. I also desire and authorize that the following be notified.

NAME	RELATIONSHIP	ADDRESS	TELEPHONE NO.
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Signature of Inmate \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

I hereby certify that the above notification was {cross out incorrect statements} (provided to the inmate to read) and/or was (read and fully explained by me to the above named inmate) before the inmate (voluntarily signed)/(refused to sign) this notification, this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_.

Printed Name/Signature of Staff Member \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**\*\*\*This is a translation of an English-language document provided as a courtesy to those not fluent in English. If differences or any misunderstandings occur, the document of record shall be the related English-language document.\*\*\***

**\*\*\*Esta es una traducción de un documento escrito en inglés, distribuido como una cortesía a las personas que no pueden leer inglés. Si resulta alguna diferencia o algún malentendido con esta traducción, el único documento reconocido será la versión en inglés.\*\*\***

3. MONITOREO DE LLAMADAS DE TELÉFONO DE REO

La Agencia Federal de Prisiones reserva la autoridad para monitorear (esto incluye grabación) conversaciones en cualquier teléfono localizado dentro de sus instituciones, dicho monitoreo hecho para conservar la seguridad y administración ordenada de la institución y para proteger el público. El uso de teléfonos en la institución por un reo constituye el consentimiento a este monitoreo. Una llamada telefónica apropiadamente colocada a un abogado no es monitoreada. Usted debe ponerse en contacto con su equipo de unidad para solicitar una llamada a abogado no monitoreada.

Yo he leído o se me ha leído (tache una) la susodicha notificación sobre el monitoreo de llamadas de teléfono de reo. Entiendo que llamadas telefónicas que yo hago en teléfonos de la institución pueden ser monitoreadas y grabadas.

Firma del Reo

Fecha

Por este medio certifico que la susodicha información fue {tache declaraciones incorrectas} (provista al reo para ser leída) y/o fue (leída y totalmente explicada al susodicho reo por mí). El reo (firmó)/(negó) firmar.  
Nombre en letra de molde/Firma del Miembro del Personal Fecha

4. NOTIFICACIÓN EN CASO DE MUERTE/ENFERMEDAD, DISPOSICIÓN DE PROPIEDAD

En caso que yo muera, instruyo que my \_\_\_\_\_, cuyo nombre es  
(Relación)  
y cuya dirección es \_\_\_\_\_ (Calle) \_\_\_\_\_ (Ciudad) \_\_\_\_\_ (Estado) \_\_\_\_\_ (Código postal)  
sea notificado.  
(Número de teléfono)

En caso que la Agencia Federal de Prisiones no pueda localizar la persona anteriormente designada, después de una búsqueda razonable, autorizo la substitución de la siguiente persona en su lugar.

(Nombre) (Relación) (Dirección) (Número de teléfono)

Autorizo a la Agencia Federal de Prisiones para transmitir mi propiedad y efectos personales incluyendo el dinero que permanece a mi crédito en, o debida a mí por, la Agencia Federal de Prisiones a mi familiar más cercano en conformidad con leyes estatales.

Además acuerdo que disposición de mis efectos personales localizados dentro de instalación de la prisión, incluyendo ropa, puede ser hecha en conformidad con los reglamentos y las regulaciones de la Agencia Federal de Prisiones.

En caso de enfermedad grave u otra emergencia las susodichas personas nombradas pueden ser contactadas para notificarles de mi condición. También deseo y autorizo que los siguientes sean notificados.

NOMBRE RELACIÓN DIRECCIÓN NO. DE TELÉFONO

Firma del Reo

Fecha

Por este medio certifico que la susodicha notificación fue {tache declaraciones incorrectas} (provista al reo para ser leída) y/o fue (leída y totalmente explicada al susodicho reo nombrado por mí) antes que el reo (voluntariamente firmara) / (negara firmar) esta notificación, este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_.  
Nombre en letra de molde/Firma del Miembro del Personal Fecha