



Please DO NOT visit until the inmate notifies you of your approval.

After completing this form mail to:
 WALTON C.I.
 691 INSTITUTION ROAD
 DEFUNIAK SPRINGS, FL 32433-0000
 Email to: VisitAppWaltonCI@fdc.myflorida.com

Please read this carefully: Only one form per person.

- This inmate requests you be approved for visitation privileges. To do this, we must have the following information about you.
 - **DO NOT LEAVE blanks**, doing so will cause your application to be **DENIED**. When items do not apply, write in NA (not applicable).
 - Supplying false or misleading information results in your application being denied.
 - **Persons 12 years old and older** wanting to visit must complete this form. Be sure to sign the form in the space provided or it will not be processed.
- Continue on attached sheet if necessary for any item**

1. Inmate Name				
2. Inmate's Department of Correction Number (DC#)				
3. Your Relationship to the Inmate: (mother, friend, penpal, etc)				
4. Are You a Victim of This Inmate's Crime?		No	Yes	
5. Complete Legal Name:	First name:			
	Last name:	Maiden name:		
	Middle name:			
6. Identifying Information: Driver's License or State ID No. (16 yoa. and older)	Date of Birth:	Age:		
	Race:	Sex:		
	State	Number		
7. Complete Home Address:	Physical Address/Apt. # :			
	City:	County		
	State:	Zip Code		
8. Phone Numbers:	Home (include area code):			
	Work (include area code):			
9. Employment Status: Have you ever worked for the Florida Dept. of Corrections (employee, volunteer, contractor, vendor, etc.):	Place of Employment:			
		No	Yes	
10. Background:	* List dates, location, and positions held:			
	Have you ever been arrested, or received a criminal citation, or a notice to appear in court to respond to criminal charges?	No	Yes	
	Did you ever help this inmate commit a crime?:	No	Yes	
	Were you ever in prison?:	No	Yes	
	Dates & Location of each imprisonment:	Prison #		
	What were you convicted of for each imprisonment?:			
	Are you currently on Probation/Parole?:	No	Yes	
	If yes, which agency is supervising you (Circle one)?:	State	Federal	County
		Dept. of Juv. Justice	Other	
	If Probation/Parole has been terminated, indicate date of termination:			
What are you on probation/parole for?:				
Name of Probation Officer:				
Phone number of Probation Officer:				
11. Are you approved to visit any other inmate?: What is their name(s) and DC#(s):	Name:	No	Yes	
	DC#:			
12. Have your visitation privileges ever been denied, suspended, or terminated? Please explain:		No	Yes	
13. Where did you meet this inmate (Circle one)?:		Pen pal	Neighborhood	
		Work	Family	
		Prison	Other	

I certify all the information above is complete, accurate, true and that I have read all of the Visitor Rules in Part 2 of this application and agree to follow these rules. In addition, I understand that giving false information is a second-degree misdemeanor and could result in the permanent suspension of my visiting privileges. I acknowledge that a criminal background check will be made.

Signature	Date	Print Name (Last, First, Middle Name)
Signature of Parent or Legal Guardian if under 18 years old	Date	Print Name (Last, First, Middle Name)

DC6-111A (Effective 12/14)

NOTICE TO ALL VISITORS: Carefully read the attached policies before visiting.

PLEASE DO NOT VISIT UNTIL THE INMATE NOTIFIES YOU YOUR APPLICATION IS APPROVED
 Incorporated by Reference in Rule 33-601.715, F.A.C.



<p>Por favor, no venga a visitar hasta que usted sea notificado por el preso que usted ha sido aprobado.</p>	<p>Después de llenar este formulario, devuelvalo a: WALTON C.I. 691 INSTITUTION ROAD DEFUNIAK SPRINGS, FL 32433-0000 Email to: VisitAppWaltonCI@fdc.myflorida.com</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Por favor, lea esto cuidadosamente: Solo un formulario por persona.

- El preso arriba nombrado, ha pedido que usted sea aprobado para visitarlo. Para hacer esto, debemos tener la siguiente información acerca de usted.
- No deje ningún** espacio en blanco; si lo hace, su aplicación será **DENEGADA**. Escriba NA (no aplicable) cuando algo no aplica a usted.
- Dar información falsa ó engañosa, resultará en que su aplicación sea denegada.
- Personas mayores de 12 años de edad, que deseen visitar, deberán llenar esta planilla en su totalidad. Asegúrese de firmar la planilla en el espacio indicado porque la planilla no será procesada si no está firmada.

Continúe en una hoja adjunta si es necesario.

1. Nombre del Preso:			
2. DC #:			
3. ¿Cuál Es su Relación con el Preso: (madre, padre, amigo, etc.)			
4. ¿Há sido usted víctima de este preso?		No	Sí
5. Nombre Legal Completo:		Apellido:	
		Primer nombre: Apellido de soltera:	
		Segundo nombre:	
6. Información de Identidad: Licencia de Conducir: (16 años de edad o mayor)		Fecha de nacimiento:	
		Edad:	
		Raza:	
		Sexo:	
7. Dirección Completa:		Estado:	
		Número:	
		Dirección física/Apartamento #:	
8. Números de Teléfonos:		Casa (incluya el área):	
		Trabajo (incluya el área):	
		Lugar de empleo:	
9. Empleo:		¿Ha sido usted empleado por el Departamento de Correcciones de La Florida?:	
		No	Sí
		¿Ha Como voluntario, ó interno, ó empleado bajo contrato ó vendedor de FDC?:	
		No	Sí—Encierre en un círculo cual
		Anote fechas, lugar, y nombre de la position:	
10. Antecedentes:		¿Alguna vez ha sido arrestado, o ha recibido una citación criminal, o una notificación para presentarse en la corte para responder a cargos criminales?	
		No	Sí
		¿Por qué razón está usted on probación/libertad Condicional??	
		No	Sí
		¿Há ayudado alguna vez a este preso a cometer un crimen?:	
		No	Sí
		¿Há estado usted alguna vez en prisión?:	
		No	Sí
		Fechas y lugares de cada vez que ha sido puesto en prisión:	
		¿De que fué usted condenado cada vez que estuvo en prisión?:	
		¿Está usted actualmente bajo probación/o supervisión bajo palabra?	
		Si es Sí, ¿cúal agencia lo está supervisando?:	
		Estado Federal Condado Dept. de Justicia Juvenil otro	
		Si su Probación/Libertad Condicional ha sido terminada indique la fecha de terminación:	
		(Encierre en un círculo cada uno que sea necesario, y liste la información sobre supervisión)	
		Nombre de su oficial de probación:	
		Número de teléfono de su oficial de probación:	
11. ¿Está Ud. Aprobado para visitar algún otro preso?:		No	Sí
¿Cuáles son sus nombre(s) y sus números de preso?:		Nombre: DC#:	
12. ¿Hán sido sus privilegios de visitas alguna vez negados, revocados ó suspendidos?:		No	Sí
Explique por favor:		Por correo Vecindario Prisión trabajo Familia Otra razón	
13. ¿Dé donde usted conoce a este preso (Encierre en un círculo)?:			

Yo certifico que toda la anterior información es verdadera, exacta, completa y que yo he leído todas las Reglas del Visitante localizada en la Parte 2 de este formulario y que estoy de acuerdo con obedecer estas reglas. Además, yo entiendo que el dar información falsa es un delito menor de segundo grado y podría dar lugar a la suspensión permanente de mis privilegios de visitante. Yo reconozco que se me hará un chequeo de antecedentes penales.

Firma	Fecha	Nombre en letra de Imprenta (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)
Firma del padre o del guardian legal si menor de 18 años de edad.	Fecha	Nombre en letra de Imprenta (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)

DC6-111A (Effective 12/14) **AVISO A TODOS LOS VISITANTES: Lea cuidadosamente la reglas adjuntas antes de visitar.**

POR FAVOR, NO VENGA A VISITAR HASTA QUE EL PRESO LE NOTIFIQUE A USTED QUE SU APLICACIÓN HA SIDO APROBADA
Incorporated by Reference in Rule 33-601.715, F.A.C.