

PAQUETE COLABORATIVO DE ADMISION PARA CASOS DE VIOLENCIA DOMESTICA

Fecha: _____ Referido por: _____

Por favor lea y complete el formulario lo mejor posible. Si no lo puede llenar por si sola/o, pida ayuda en la recepción.

SECCION 1. Su Información

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Otros nombres que ha usado: _____

Fecha de nacimiento: (MES/DIA/AÑO) _____ Edad _____ Sexo: Femenino _____ Masculino _____

Si es menor de edad, nombre del tutor: _____ Relación: _____

Lugar de nacimiento: _____ Ciudadanía: _____

Raza: Indio Americano _____ Asiático _____ Negro/Africano Americano _____ Hawaiano u Otra

Isla del Pacífico _____ Hispano/Latino _____ Blanco _____ Cuál es su etnicidad? _____

Número de Seguro Social (si aplica): _____ # de Residencia/Parol (si aplica): _____

Número de Licencia de conducir o Cedula: (si aplica) _____

Números de Teléfono: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo _____

Correo electrónico: _____

Dirección de su casa: _____ No. Apt: _____ Ciudad/código postal _____

Empleador/Escuela: _____ Ocupación: _____

Dirección de Empleador/Escuela: _____

Sabe el abusador donde usted trabaja o va a la escuela? Si _____ No _____

Cuánto tiempo usted ha vivido en: Condado Miami-Dade? _____ Estado de la Florida? _____

Qué relación tiene con el abusador? _____

Qué tiempo hace que usted conoce el abusador? _____

Estado Civil: Soltera/o _____ Casada/o _____ Divorciada/o _____ Separada/o _____ Viuda/o _____

Si esta casada/o, en que fecha y lugar se casó? _____

Si esta separada/o, cuando se separó? _____

Usted convive con el abusador en estos momentos? Si _____ No _____

Si su respuesta es no, el abusador sabe donde usted vive? Si _____ No _____

Usted vivió con el abusador en el pasado? Si _____ No _____

Usted mantiene una relación amorosa con el abusador ahora? No _____ Si _____ Por cuanto tiempo? _____

_____ Cuando se dejaron? _____

Usted habla Inglés? Si _____ No _____ Qué otro idioma(s) habla? _____

Usted esta incapacitada/o? No _____ Si _____, Explique: _____

Provea un número de teléfono alternativo en caso de emergencia: _____

Nombre: _____ Relación: _____

SECCION 2. INFORMACION SOBRE EL ABUSADOR

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Ha usado el abusador otros nombres? _____

Fecha de nacimiento: (MES/DIA/AÑO) _____ Edad: _____ Sexo: Femenino _____ Masculino _____

Si el abusador es menor de edad, cuál es el nombre del tutor? _____ Relación: _____
 Lugar de nacimiento: _____ Ciudadanía: _____
 Raza: Indio Americano _____ Asiático _____ Negro/Africano Americano _____ Hawaiano u Otra
 Isla de Pacifico _____ Hispano/Latino _____ Blanco _____ Etnicidad?: _____
 Número Seguro Social (si aplica): _____ Número de Alien: _____
 Licencia de conducir o Cedula #: (si aplica) _____
 Números de Teléfono: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo _____
 Correo electrónico: _____
 Dirección de la casa: _____ # Apt: _____ Ciudad/Código Postal _____
 Empleador/Escuela: _____ Ocupación: _____
 Necesita el abusador un arma para desempeñar su trabajo? Si _____ No _____
 Dirección de Empleador/Escuela: _____
 Días libre en el trabajo/escuela _____ horas de trabajo/escuela _____
 Descripción: Estatura _____ Peso _____ Color Ojos _____ Color de Cabello _____ Vehículo: _____
 Qué tiempo ha vivido el abusador en: Condado Miami Dade? _____ Estado de la Florida? _____
 Estado Civil: Soltera _____ Casada _____ Divorciada/o _____ Separada/o _____ Viuda/o _____
 El abusador habla Inglés? Si _____ No _____ El abusador esta incapacitado? No _____ Si, _____ Explique: _____

SECCION 3. INCIDENTES DE VIOLENCIA/CASOS PENDIENTES EN LOS TRIBUNALES

Usted es víctima de: Abuso Verbal _____ Abuso Psicológico _____ Abuso Sexual _____ Abuso Físico _____ Persecución _____
 Cuando ocurrió el ultimo incidente de abuso? _____
 Usted llamó a la policía? No _____ Si llamó, que departamento? _____ # de Caso: _____
 El abusador fue arrestado? Si _____ No _____ Todavía esta en la cárcel? Si _____ No _____
 Usted tiene algún otro caso criminal pendiente con el abusador? No _____ Si _____, # de Caso _____
 Ha sido el abusador arrestado en otras ocasiones? No _____ Si _____, Explique _____
 Alguna vez usted ha sido arrestada/o? Si _____ No _____ # de Caso: _____
 Nombre del Fiscal: _____ Nombre del Coordinador de Víctimas: _____
 _____ Nombre del Detective: _____
 Tiene una Orden de Protección en contra del abusador? No _____ Si _____ # de Caso: _____
 Usted solicitó una Orden de Protección contra el abusador en el pasado? No _____ Si _____ # de Caso: _____
 Tiene un caso pendiente de Paternidad con el abusador? No _____ Si _____ # de Caso: _____
 Tiene un caso pendiente de Divorcio con el abusador? No _____ Si _____ # de Caso: _____
 Hay un caso pendiente en la Corte Juvenil? No _____ Si _____ # de Caso: _____
 Hay un caso pendiente de Custodia entre usted y el abusador? No _____ Si _____ # de Caso: _____
 Causó el abusador daño a la propiedad? No _____ Si _____, Total de daños: \$ _____
 Recibió asistencia médica debido a incidentes de violencia? Si _____ No _____
 Se usó un arma en su contra? No _____ Si _____, Explique: _____
 Posee el abusador o es dueño de un arma? No _____ Si _____ De cuantas? _____
 Ha el abusador intencionalmente matado o agredido una mascota? No _____ Si _____

El abusador obtuvo una Orden de Protección en su contra? No ___ Si ___ # de Caso: _____
Aparte de usted, alguien más ha solicitado una Orden de Protección contra el abusador? _____

SECCION 4. INFORMACION FINANCIERA/SEGURO

Cuál es el total de sus ingresos? \$ _____ por _____
Cuáles son los ingresos del abusador? \$ _____ por _____
Le esta el abusador pagando manutención? No ___ Si ___ Cuanto? \$ _____
Cuántas personas viven con usted? ___ Cuántos de ellos usted mantiene? _____
Usted tiene propiedades inmobiliarias? No ___ Si ___ El abusador tiene propiedades? No ___ Si _____
Usted y el abusador tienen propiedades en común como una casa, apartamento, casa móvil, terreno (aunque este fuera de los Estados Unidos)? No ___ Si _____
Usted tiene seguro medico? No ___ Si _____, Con que compañía? _____
Usted depende financieramente del demandado? No: _____ Si: _____
Usted esta recibiendo beneficios? SSI ___ Seguro Social ___ Sellos de Alimentos ___ Desempleo ___ Otro ___
Se le ha llenado una solicitud de Compensación para Víctimas? No ___ Si _____ Qué tipo de compensación se solicitó? Por favor explique: _____
Número de Reclamo: _____ Analista Asignada: _____

SECCION 5. INFORMACION SOBRE LOS NIÑOS

_____ No Aplicable

Cuántos niños usted tiene? ___ Cuántos son en común con el abusador? _____
Ha alguno de los niños presenciado Violencia Doméstica? _____
Ha alguno de los niños sido víctima directa de Violencia Doméstica? _____

1. Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Nombre del Padre: _____
Escuela del Niño: _____ Grado: _____ #SS: _____ Idioma: _____
El Niño vive con (marque): Madre ___ Padre ___ Otro ___ Quién? _____
2. Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Nombre del Padre: _____
Escuela del Niño: _____ Grado: _____ #SS: _____ Idioma: _____
El Niño vive con (marque): Madre ___ Padre ___ Otro ___ Quién? _____
3. Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Nombre del Padre: _____
Escuela del Niño: _____ Grado: _____ #SS: _____ Idioma: _____
El Niño vive con (marque): Madre ___ Padre ___ Otro ___ Quién? _____
4. Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Nombre del Padre: _____
Escuela del Niño: _____ Grado: _____ #SS: _____ Idioma: _____
El Niño vive con (marque): Madre ___ Padre ___ Otro ___ Quién? _____
5. Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Nombre del Padre: _____
Escuela del Niño: _____ Grado: _____ #SS: _____ Idioma: _____
El Niño vive con (marque): Madre ___ Padre ___ Otro ___ Quién? _____