

SÍRVASE LLENAR TODO EL FORMULARIO

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** ____/____/____

TELF. DOMICILIO: _____ **TRABAJO:** _____ **CELULAR:** _____

¿SE LE PUEDE CONTACTAR SIN RIESGO EN TODOS LOS TELÉFONOS ANTERIORES?

SÍ NO

EN CASO CONTRARIO, TELÉFONO ALTERNATIVO SEGURO: _____

¿PODEMOS DEJAR MENSAJES EN CUALQUIERA DE LOS TELÉFONOS ANTERIORES?

SÍ NO

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** _____ **CÓDIGO POSTAL:** _____ **CONDADO:** _____

FECHA EN QUE SE MUDÓ A LA DIRECCIÓN ACTUAL: _____

TIEMPO QUE TIENE VIVIENDO EN ESTA DIRECCIÓN: _____

RAZA: _____ **SEXO:** Mujer Hombre Transexual

IDIOMA QUE HABLA: inglés español Otro: _____

ESTADO CIVIL: Soltero/a Vive con su pareja Casado/a [N.º de años ____] Separado/a Divorciado/a Viudo/a

SITUACIÓN LABORAL: Tiempo completo Medio tiempo Amo/a de casa Estudiante Jubilado/a Desempleado/a
 Discapacitado/a

OCUPACIÓN: _____ **LUGAR DE TRABAJO:** _____

RELIGIÓN: _____ **SITUACIÓN COMO VETERANO:** _____

INGRESOS DE LA UNIDAD FAMILIAR: \$0-9999 \$10,000-14,999 \$15,000-24,999 \$25,000-34,999 \$35,000-49,999 \$50,000-74,999 \$75,000+

DISCAPACIDADES: _____ **N.º DE SEGURO SOCIAL:** _____

¿HA ESTADO AQUÍ ANTES? SÍ NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿EN QUÉ AÑO?: _____ **APELLIDO (al momento de su visita):** _____

¿QUIÉN LE REFIRIÓ? _____ **CORREO DE LA PERSONA DE REFERENCIA:** _____

*****SÍRVASE LLENAR EL DORSO DEL FORMULARIO****

INFORMACIÓN DEL ACUSADO

NOMBRE DEL ACUSADO: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** ____/____/____

INFORMACIÓN SOBRE LOS HIJOS E INTEGRANTES DE LA UNIDAD FAMILIAR

NOMBRE	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	N.º DE SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** _____ **CÓDIGO POSTAL:** _____ **CONDADO:** _____

N.º DE SEGURO SOCIAL DEL ACUSADO: _____ **SITUACIÓN COMO VETERANO:** _____

SITUACIÓN LABORAL: Tiempo completo Medio tiempo Amo/a de casa Estudiante Jubilado/a
 Desempleado/a Discapacitado/a

LUGAR DE EMPLEO Y DIRECCIÓN: _____

DURACIÓN DE LA RELACIÓN CON EL ACUSADO: _____ **RAZA** _____

¿SE HA SEPARADO DEL ACUSADO ANTERIORMENTE? SÍ NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁNTAS VECES? _____

FECHA DE LA ÚLTIMA SEPARACIÓN: _____

¿CUÁNTO ES LO MÁXIMO QUE HAN ESTADO SEPARADOS? _____

¿EL ACUSADO TIENE ANTECEDENTES PENALES? SÍ NO DESCONOZCO

¿EL ACUSADO ES UN TRANSGRESOR SEXUAL REGISTRADO? SÍ NO DESCONOZCO

DEDIQUE UNOS MOMENTOS A LLENAR LA SIGUIENTE SECCIÓN:

Marque cualquier tema para el cual desee asistencia o más información:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alimentos | <input type="checkbox"/> Orientación psicológica |
| <input type="checkbox"/> Alquiler | <input type="checkbox"/> Grupo de apoyo |
| <input type="checkbox"/> Servicios públicos | <input type="checkbox"/> Visa U, T o S |
| <input type="checkbox"/> Asistencia económica | <input type="checkbox"/> Orden de protección |
| <input type="checkbox"/> Compensación para víctimas | <input type="checkbox"/> Asistencia legal |
| <input type="checkbox"/> Vivienda/Albergue | <input type="checkbox"/> Seguro de salud |
| <input type="checkbox"/> Transporte | <input type="checkbox"/> Planificación de seguridad |
| <input type="checkbox"/> Seguimiento médico | <input type="checkbox"/> Otro (explique): _____ |

¿NOS AUTORIZA A COMUNICARNOS CON USTED EN EL FUTURO CON RESPECTO A LA CALIDAD DE NUESTROS SERVICIOS? SÍ NO

FIRMA DEL CLIENTE _____ **FECHA** _____