

PAQUETE COLABORATIVO DE ADMISIÓN

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

SECCIÓN 1**SU INFORMACIÓN**

Fecha: _____ Referido por: _____
 Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
 Sexo: Femenino Masculino Transgénero ¿Cómo prefiere que la/lo llamemos? _____
 Otros nombres que ha usado (nombre legal/ de soltera): _____
 Fecha de nacimiento: (MES/DIA/AÑO) ___/___/___ Edad: _____ 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? _____ # de Social Security (si aplica): _____ # de Residencia/Parol (si aplica): _____
 Número de Licencia de conducir o Cédula: (si aplica) _____ Números de Teléfono: Casa: _____
 Celular: _____ Trabajo: _____ Correo electrónico: _____
 Dirección de su casa: _____ # de Apt: _____ Ciudad/código postal _____
 Empleador/Escuela: _____ Ocupación: _____
 Dirección de Empleador/Escuela: _____ Ciudad/código postal _____
 ¿Sabe el abusador donde usted trabaja o escuela a la que asiste? Si No
 ¿Cuánto tiempo usted ha vivido en: Condado de 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 LGBTQ Pareja
 ¿Si está casada/o, en que fecha y lugar se casó? _____ ¿Si está 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? Si No ¿Por cuánto tiempo? _____ ¿Cuándo se dejaron? _____
 ¿Usted habla inglés? Si No ¿Qué otro idioma(s) habla? _____ ¿Usted es veterano militar? Si No
 ¿Usted está incapacitada/o? Si No Explique: _____
 Provea un número de teléfono alternativo en caso de emergencia: _____
 Nombre: _____ Relación: _____

SECCIÓN 2**INFORMACIÓN 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 Pacífico Hispano/Latino Blanco ¿Cuál es la etnicidad del abusador?: _____
 SS# (si aplica): _____ Número de Alien: _____
 Licencia de conducir o Cédula #: (si aplica) _____ Números de Teléfono: Casa: _____
 Celular: _____ Trabajo: _____ Correo electrónico: _____
 Dirección de la casa: _____ # Apt: _____ Ciudad/Código Postal _____
 Empleador/Escuela: _____ Ocupación: _____

Dirección de empleador/escuela: _____ Ciudad/Código Postal _____

¿Necesita el abusador un arma para desempeñar su trabajo? Si No

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 de Miami Dade? _____ Estado de la Florida? _____

Estado Civil: Soltera/o Casada/o Divorciada/o Separada/o Viuda/o ¿El abusador habla inglés? Si No ¿El abusador está incapacitado? No Si Explique: _____**SECCIÓN 3** **INFORMACIÓN 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: _____

Escuela del Niño: _____ Grado: _____ #SS: _____ Idioma: _____

El niño vive con (marque): Madre Padre Otro ¿Quién? _____

Nombre del Padre: _____ Fecha de Nacimiento del Padre: _____

No. de Seguro Social del Padre: _____ Empleador del Padre: _____

Dirección del Padre: _____

¿Existe una orden judicial de manutención para este niño? No Si , # de Caso: _____¿Si usted no recibe asistencia pública, usted le interesaría asistencia en abrir un caso de manutención? Si No ¿Usted le tiene miedo al padre de este niño? Si No ¿Quisiera proteger su dirección de él? Si No

2. Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela del Niño: _____ Grado: _____ #SS: _____ Idioma: _____

El niño vive con (marque): Madre Padre Otro ¿Quién? _____

Nombre del Padre: _____ Fecha de Nacimiento del Padre: _____

No. de Seguro Social del Padre: _____ Empleador del Padre: _____

Dirección del Padre: _____

¿Existe una orden judicial de manutención para este niño? No Si , # de Caso: _____¿Si usted no recibe asistencia pública, usted le interesaría asistencia en abrir un case de manutención? Si No ¿Usted le tiene miedo al padre de este niño? Si No ¿Quisiera proteger su dirección de él? Si No

3. Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela del Niño: _____ Grado: _____ #SS: _____ Idioma: _____

El niño vive con (marque): Madre Padre Otro ¿Quién? _____

Nombre del Padre: _____ Fecha de Nacimiento del Padre: _____

No. de Seguro Social del Padre: _____ Empleador del Padre: _____

Dirección del Padre: _____

¿Existe una orden judicial de manutención para este niño? No Si , # de Caso: _____¿Si usted no recibe asistencia pública, usted le interesaría asistencia en abrir un caso de manutención? Si No ¿Usted le tiene miedo al padre de este niño? Si No ¿Quisiera proteger su dirección de él? Si No

4. Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Escuela del Niño: _____ Grado: _____ #SS: _____ Idioma: _____
 El niño vive con (marque): Madre Padre Otro ¿Quién? _____
 Nombre del Padre: _____ Fecha de Nacimiento del Padre: _____
 No. de Seguro Social del Padre: _____ Empleador del Padre: _____
 Dirección del Padre: _____
 ¿Existe una orden judicial de manutención para este niño? No Si , # de Caso: _____
 ¿Si usted no recibe asistencia pública, usted le interesaría asistencia en abrir un caso de manutención? Si No
 ¿Usted le tiene miedo al padre de este niño? Si No ¿Quisiera proteger su dirección de él? Si No

5. Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Escuela del Niño: _____ Grado: _____ #SS: _____ Idioma: _____
 El niño vive con (marque): Madre Padre Otro ¿Quién? _____
 Nombre del Padre: _____ Fecha de Nacimiento del Padre: _____
 No. de Seguro Social del Padre: _____ Empleador del Padre: _____
 Dirección del Padre: _____
 ¿Existe una orden judicial de manutención para este niño? No Si , # de Caso: _____
 ¿Si usted no recibe asistencia pública, usted le interesaría asistencia en abrir un caso de manutención? Si No
 ¿Usted le tiene miedo al padre de este niño? Si No ¿Quisiera proteger su dirección de él? Si No

6. Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Escuela del Niño: _____ Grado: _____ #SS: _____ Idioma: _____
 El niño vive con (marque): Madre Padre Otro ¿Quién? _____
 Nombre del Padre: _____ Fecha de Nacimiento del Padre: _____
 No. de Seguro Social del Padre: _____ Empleador del Padre: _____
 Dirección del Padre: _____
 ¿Existe una orden judicial de manutención para este niño? No Si , # de Caso: _____
 ¿Si usted no recibe asistencia pública, usted le interesaría asistencia en abrir un caso de manutención? Si No
 ¿Usted le tiene miedo al padre de este niño? Si No ¿Quisiera proteger su dirección de él? Si No

7. Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Escuela del Niño: _____ Grado: _____ #SS: _____ Idioma: _____
 El niño vive con (marque): Madre Padre Otro ¿Quién? _____
 Nombre del Padre: _____ Fecha de Nacimiento del Padre: _____
 No. de Seguro Social del Padre: _____ Empleador del Padre: _____
 Dirección del Padre: _____
 ¿Existe una orden judicial de manutención para este niño? No Si , # de Caso: _____
 ¿Si usted no recibe asistencia pública, usted le interesaría asistencia en abrir un caso de manutención? Si No
 ¿Usted le tiene miedo al padre de este niño? Si No ¿Quisiera proteger su dirección de él? Si No

SECCIÓN 4 INCIDENTES DE VIOLENCIA/CASOS PENDIENTES EN LOS TRIBUNALES

Usted es víctima de: Abuso Verbal Abuso Psicológico Abuso Sexual Abuso Físico Persecución
Tráfico Humano (víctimas de *tráfico humano* son personas que han sido reclutadas, albergadas, transportadas, proveídas, u
obtenidas mediante el uso de la fuerza, el fraude o la coerción para fines de explotación sexual o laboral)

¿Cuándo ocurrió el último incidente de abuso? _____ ¿Usted llamó a la policía? No Si

¿Qué departamento? _____ # de Caso: _____ ¿El abusador fue arrestado? Si No

¿Todavía está en la cárcel? Sí 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? No Si # 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 cuántas? _____

¿Ha el abusador matado o agredido una mascota intencionalmente? Si No

¿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? _____

SECCIÓN 5 INFORMACIÓN FINANCIERA/SEGURO

¿Cuál es el total de sus ingresos? \$ _____ por _____

¿Cuáles son los ingresos del abusador? \$ _____ por _____

¿Le está el abusador pagando manutención? No Si, ¿Cuánto? \$ _____

¿Cuántas personas viven con usted? _____ ¿Cuántas de ellas usted mantiene? _____

¿Usted tiene propiedades inmobiliarias? Si No ¿El abusador tiene propiedades? Si No

¿Usted y el abusador tienen propiedades en común como una casa, apartamento, casa móvil, terreno (aunque este fuera de los Estados Unidos)? Si No

¿Usted tiene seguro médico? No Si , ¿Con cuál compañía? _____

¿Usted depende financieramente del abusador? Si No

¿Usted está 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 Asignado: _____

SECCIÓN 6**EDUCACIÓN**

¿Cuál es su nivel de educación? Por favor seleccione uno.

- ≤ 6 años de estudio (escuela primaria o menos)
- 7-8 años de estudio (escuela secundaria)
- 9-10 años de estudio (algunos estudios secundarios)
- 11-12 años de estudio (diploma de escuela secundaria o GED)
- 13-14 años de estudio (algunos estudios de educación superior, de licenciatura o asociado)
- 15- 16 años de estudio (diploma universitario o licenciatura)
- > 17 años de estudio (maestría o doctorado)

SECCIÓN 7 (OPCIONAL)**SALUD**

Prefiero no responder

¿Está embarazada? Sí No ¿Si es así, cuántas semanas tiene? _____

¿Alguna vez se ha hecho la prueba del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana)? Si No

¿En caso afirmativo, cuál es la fecha aproximada de su última prueba? _____

¿Alguna vez se ha hecho la prueba de ETS (Enfermedad de Transmisión Sexual)? Si No

¿En caso afirmativo, cuál es la fecha aproximada de su última prueba? _____

¿Le gustaría hacerse la prueba del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) o la prueba de ETS (Enfermedad de Transmisión Sexual) hoy en CVAC?

Si No