

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

NOMBRE:

NÚMERO DE CASO:

POR FAVOR LEA ESTAS INSTRUCCIONES CON CUIDADO. - SOLAMENTE UNO DE LOS CUADROS DE COLOR SE DEBE COMPLETAR. EL CUADRO 2 Ó 3 SE USA CUANDO SE DISPONE DE VERIFICACIÓN. EL CUADRO 4 SE USA CUANDO NO SE DISPONE DE VERIFICACIÓN Y EL CLIENTE AFIRMA LA VIOLENCIA DOMÉSTICA. LOS CUADROS 1 Y 5 SE COMPLETAN PARA TODOS LOS RECLAMANTES DE CAUSA JUSTIFICADA BASADA EN VIOLENCIA DOMÉSTICA.

1. RECLAMACIÓN DE CAUSA JUSTIFICADA

Yo, _____, solicito que se me perdonen los requisitos del siguiente programa TANF o programa CCIS de cuidado infantil debido a violencia doméstica: cooperación con manutención; RESET límite de tiempo (Time-Out); límite de tiempo (TANF Extendido); u otro requisito de programa TANF o programa CCIS (por favor aclare) _____, Me pidieron que proporcione comprobantes que apoyen mi reclamo. Yo cooperé o cooperaré en el suministro de los comprobantes a continuación.

2. DOCUMENTOS

ENTREGO UNO DE LOS SIGUIENTES, SI LO TENGO:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> DOCUMENTOS DE LA POLICÍA | <input type="checkbox"/> DOCUMENTOS DE SERVICIO SOCIAL |
| <input type="checkbox"/> DOCUMENTOS DEL TRIBUNAL | <input type="checkbox"/> EXPEDIENTE DE SERVICIOS DE PROTECCIÓN INFANTIL |
| <input type="checkbox"/> DOCUMENTOS DE TRATAMIENTO MÉDICO | <input type="checkbox"/> OTROS (ACLARE) _____ |

3. AUTORIZACIÓN/VERIFICACIÓN POR TERCEROS

Yo autorizo a _____ para que complete la siguiente verificación y se la proporcione al Departamento de Bienestar Público con el objeto de verificar mi causa justificada.

_____ FECHA

_____ FIRMA DEL/DE LA CLIENTE

ESTA DECLARACIÓN LA PRESENTA:

_____ (NOMBRE)
_____ (CARGO)
_____ (ORGANIZACIÓN DE AFILIACIÓN)
_____ (DIRECCIÓN)

YO SOY: (MARQUE UNA OPCIÓN)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> UN PROVEEDOR DE SERVICIOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA | <input type="checkbox"/> UN REPRESENTANTE LEGAL |
| <input type="checkbox"/> UN PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS, PSICOLÓGICOS O SOCIALES | <input type="checkbox"/> UN CONOCIDO/AMIGO/PARIENTE/VECINO DEL/LA RECLAMANTE |
| <input type="checkbox"/> UN PROFESIONAL POLICIACO | <input type="checkbox"/> OTRA PERSONA (ACLARE): _____ |
| <input type="checkbox"/> UN REPRESENTANTE DE NIÑOS Y JÓVENES DEL CONDADO | _____ |

Yo tengo conocimiento de la experiencia del/la reclamante en cuanto a tomar los pasos para escapar la violencia doméstica y presento esta declaración para verificar que el cumplimiento de los requisitos del programa TANF/CCIS marcados arriba por parte del/la reclamante o los miembros de su familia podría ponerlo(a) en riesgo de aún más violencia doméstica; podría hacer más difícil que el/la reclamante o los miembros de su familia escapen la violencia doméstica; o podría perjudicar injustamente al/la reclamante o los miembros de su familia quien/es es/son víctima(s) de violencia doméstica.

_____ FECHA

_____ FIRMA DEL TERCERO

4. AUTO AFIRMACIÓN

Yo afirmo que cumplir con los requisitos del programa TANF/CCIS marcados arriba me pondría a mí o a los miembros de mi familia en peligro de aún más violencia doméstica; haría más difícil que yo o un miembro de mi familia escapara la violencia doméstica; o me perjudicaría injustamente o a un miembro de mi familia quien ya he/ha sido o es/soy víctima de violencia doméstica.

_____ FECHA

_____ FIRMA DEL/DE LA CLIENTE

5. DECISIÓN DE CAUSA JUSTIFICADA (SÓLO PARA USO DE LA CAO)

- SE PERDONAN LOS REQUISITOS NO SE PERDONAN

_____ TRABAJADOR

_____ FECHA