

División de Empleo y Beneficios

DOCUMENTO DE EVALUACIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

SÍRVASE LEER: La información que proporcione es muy importante, porque existen límites temporales sobre por cuánto tiempo puede recibir beneficios. Para nosotros es importante hablar sobre cualquier cosa que le dificulte o le impida trabajar. Si sabemos esto, podemos desarrollar junto con usted, un plan seguro y que se pueda poner en práctica. También podemos ayudarle a buscar los servicios que necesita para mantenerse fuera de peligro. La información que nos proporcione en este formulario no afectará su elegibilidad para recibir asistencia. Sus respuestas son confidenciales, excepto si usted indica que uno o más niños están siendo abusados; las leyes del estado exigen que los trabajadores sociales reporten esa información a los servicios de protección de menores.

NOMBRE DEL CLIENTE: _____ NÚMERO DE CASO o SSN: _____

TELÉFONO o CORREO ELECTRÓNICO MÁS SEGURO: _____

- Sí No **1) ¿Intentar obtener manutención los pondrá a usted o a sus hijos en peligro?**
- Sí No **2) ¿Una pareja actual o anterior le hace sentir inseguro/a ahora?**
- Sí No **3) ¿Una pareja actual o anterior le ha obligado a mantenerse lejos de sus seres queridos, como amigos o familiares)?**
- Sí No **4) ¿Alguna vez siente miedo, ansiedad o incomodidad debido a algo que una pareja actual o anterior le dice o hace?**
- Sí No **5) ¿Alguna pareja actual o anterior le ha**
- lastimado
 - amenazado
 - intimidado
 - insultado o
 - gritado
- (cosas como asechar o amenazar con lesionar a sus hijos, sus mascotas, a usted o a otros familiares o amigos, empujar, agarrar, empujar con violencia, abofetear, golpear, ahorcar o sujetar por la fuerza; rebajarlo/a constantemente o decirle que no vale nada o pedirle que haga algo sexualmente que usted no desea hacer)?
- Sí No **6) ¿Alguna pareja actual o anterior se ha aprovechado de usted financieramente haciendo cosas tales como**
- tomar su dinero u otras cosas de valor
 - prohibirle que trabaje o exigirle que trabaje solo en determinados empleos
 - prohibirle ir a la escuela o curso de capacitación, destruir su material de estudio, ropa u otras cosas que necesita para trabajar o ir a la escuela o curso de capacitación?
- Sí No **7) ¿Hay algo que quiera decirme sobre una relación pasada o actual que pudiera afectar su capacidad de trabajar?**

Comentarios: _____

NOTA PARA EL CLIENTE: Si respondió "no" a estas preguntas, **infórmenos en cualquier momento si considera que usted o su(s) hijo(s) están en peligro.** Le estoy entregando un Paquete de recursos que incluye lugares donde llamar e información sobre cómo mantenerse seguro/a.

A SER COMPLETADO POR QUIEN DIRIGE LA EVALUACIÓN:

Nombre en imprenta del trabajador social del condado e a firmadas _____ Fecha _____

INSTRUCCIONES: Guarde una copia en el **archivo del participante y ofrézcale una copia al participante.** El cliente no está obligado a aceptar la copia.