



A. Información Del Cliente

Sexo: Femenino Masculino

Nombre		SS #/Alien #	
Otros nombres que usa/ha usado		Raza Etnica	<input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Desconocido
Dirección Actual Seguro (Calle, Ciudad, Estado)			
¿Podemos contactarle allí?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono seguro	
Correo electrónico		¿Podemos llamarle allí?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado, v País)		Fecha de nacimiento	
¿De cuál país es su pasaporte?		¿Es usted impedido, o tiene alguna condición médica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SI su respuesta es si, explique: _____
Lenguaje (s) Hablado			
Nivel de Educación			
Estado civil actual	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a legalmente <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a	Si está divorciado, ¿dónde, cuándo y cómo se terminó el matrimonio?	
Fecha y lugar del matrimonio		Número de veces que ha estado casada (o)	
Estado migratorio	<input type="checkbox"/> Ciudadano/a de los EE.UU. <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Sin documentos <input type="checkbox"/> Visa vencida	Fecha y lugar de su 1era entrada a los Estados Unidos	Fecha de entrada: _____ Lugar de entrada: _____

	<input type="checkbox"/> Visa no vencida Fecha de vencimiento _____ <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro _____	Número de entrada a los EE.UU.	
		Fecha y lugar de su última entrada a EE.UU. Fecha de entrada: _____ Lugar de entrada: _____	
Como usted entro a los E. U. A. por primera vez?	<input type="checkbox"/> Tarjeta verde (Residente permanente) <input type="checkbox"/> Sin inspección (S I) <input type="checkbox"/> Visa (tipo: _____) <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro: _____ -	¿Ha solicitado papeles con Inmigración?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		¿Solicitó su esposo/a papeles para Ud.?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		¿Solicitó otra persona papeles para Ud.?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		¿Le ha detenido Inmigración?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

B. Información del esposo (abusador)

Nombre		SS #/Alien #	
Dirección		Su relación con el abusador?	
Fecha de nacimiento		¿De cuál país es su pasaporte?	
Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado, y País)		Fecha de la última entrada a EE.UU.	
Estado migratorio	<input type="checkbox"/> Ciudadano/a de los EE.UU. <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Sin documentos <input type="checkbox"/> Visa vencida	Estado civil actual	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a legalmente <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a

	<input type="checkbox"/> Visa no vencida Fecha de vencimiento _____ <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro _____	¿Número de veces que su abusador ha estado casado?	
		¿Se encuentra su abusador en la cárcel?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

C. Niños

<u>Nombres</u>	<u>Sexo</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>País de Nacimiento</u>	<u>Estado migratorio</u>	<u>Nombre del otro padre</u>

D. Parents

<u>Nombres</u>	<u>Sexo</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>País de Nacimiento</u>	<u>Estado migratorio</u>	<u>Relación al cliente</u>	<u>Dirección</u>

E. Matrimonio de Buena Fe:

1. ¿Está Ud. casado/a?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Hace cuanto que conoce a su esposo/a?	
3. ¿Ha pedido el divorcio Ud. o su esposo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

F. Residencia con su esposo en los Estados Unidos:

4. ¿Vive actualmente con su esposo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
* Si la respuesta es sí, ¿cuándo vivía con su esposo en los EE.UU?	Desde (mes/año) _____ / _____ Hasta (mes/año) _____ / _____

5. Si no vive con su esposo, ¿cuánto tiempo lleva separado?	
6. ¿Cuál es la última dirección que compartía con su esposo?	
G. Abuso	
7. ¿Ha sentido miedo de su pareja/abusador?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. ¿Le ha amenazado su pareja/abusador con violencia física a Ud.?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. ¿Le ha empujado, golpeado, abofeteado, pateado, o mordido su	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. ¿Le ha amenazado que le iba a reportar a Inmigración o deportarle?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. ¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12. ¿Les ha maltratado a sus niños?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13. ¿Le ha aislado (no le dejaba usar el teléfono, tener visitas de familiares, tener amigos, salir de la casa)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
14. ¿Ha sufrido abuso económico (su pareja controlaba todo el dinero, no le dejaba trabajar, le quitaba su dinero o beneficios públicos)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15. ¿Cuándo le maltrató por primera vez? Explique brevemente:	
16. ¿Cuándo sucedió el peor incidente del abuso? Explique brevemente:	
17. ¿Con qué frecuencia ocurrió el abuso?	
18. ¿Le ha llamado a la policía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
19. ¿Le han detenido a su pareja/abusador?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
* Si la respuesta es sí, ¿qué resultó?	

20. ¿Se ha alojado en un refugio para mujeres?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
21. ¿Ha ingresado en el hospital para tratar heridas causadas por su pareja?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
22. ¿Ha asistido Ud. a un terapeuta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
23. ¿Hay testigos del abuso?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
24. ¿Sabe alguien del abuso?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
* Si la respuesta es sí a la pregunta 23 o 24, ¿cree Ud. que esa persona le escribiría una declaración de lo que vio?	
25. ¿Ha conseguido una orden de protección contra él/ella?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
26. ¿Ha violado su pareja/abusador una orden de protección?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

H. Buen Caracter Moral:	
27. ¿Le han declarado culpable de un crimen?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
* Si la respuesta es sí, ¿cuándo, dónde, qué tipo de delito, y qué sentencia cumplió?	
28. ¿Le han detenido o parado la policía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
* Si la respuesta es sí, ¿cuándo, dónde, y cuáles eran los cargos/las acusaciones?	
29. ¿Ha tenido que asistir a una audiencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
* si su respuesta es si, ¿porqué?	
30. ¿Ha contratado a un abogado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
* Si la respuesta es sí, describe brevemente las circunstancias y dé el nombre e información para contactar a su abogado:	

31. ¿Ha declarado ser ciudadano o residente de los EE.UU.?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
32. ¿Ha usado nombre o documento falso (chueco) en EE.UU.?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
I. Privación Extrema	
33. ¿Cuánto tiempo lleva en los EE.UU.?	
34. ¿Padece Ud. o uno de sus niños de una enfermedad médica grave?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
* Si la respuesta es sí, ¿cuál es la enfermedad y quién la tiene?	
35. ¿Hay costumbres o leyes en su cultura o país que le impedirían dejar su abusador o le castigarían si tratara de detener el abuso?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
* Si la respuesta es sí, explique brevemente:	
36. ¿A qué tipo de dificultad se enfrentaría si le deportaran? Explique brevemente:	
J. Traficar con seres humanos/Victimización criminal	
37. ¿Alguien le ha forzado a trabajar en los EE.UU.?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
38. ¿Ha trabajado sin pago en los EE.UU.?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
39. ¿Ha tenido que trabajar para poder reembolsar una deuda a alguien que le ayudó llegar a los EE.UU.?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
40. ¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales con alguien en los EE.UU.?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
41. ¿Le ha ayudado a la policía con la investigación de un delito?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
42. ¿Le ha dado una declaración a la policía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
43. ¿Ha dado testimonio en corte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

K. Otros

¿Hay otra información que cree que debemos saber en cuanto a Ud. o a su familia, sus experiencias del abuso, o su estado migratorio? Si la respuesta es sí, favor de explicarles aquí. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

--

--

--

--

Tiene usted pendiente algún tipo de caso legal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

Si su respuesta es si, por favor explique.

--

--