

CIN NUMBER/APP REG LN	CASE NUMBER	OFFICE/UNIT NUMBER
WORKER NAME/NUMBER	CLIENT REFERRED FOR DOMESTIC VIOLENCE ASSESSMENT? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

DOMESTIC VIOLENCE SCREENING FORM

INSTRUCTIONS:

Answering these questions is voluntary. You do not have to fill out this form to receive Public Assistance.

We are asking you these questions to determine:

1. if you are a victim of domestic violence
2. whether some public assistance requirements may place you or your children at greater risk of harm or make it more difficult to escape from abuse. In some cases we may be able to delay one or more of these requirements. We can also help you to get the services you need.

If you fill out this form, with the exception of child abuse and neglect, anything you disclose here about your relationship with your partner will be kept confidential. You may decide not to fill out this form but are free to do so at any time. However, if any of the following apply to you **AND** you are asking to delay any public assistance requirements, you must fill out this form. You may be required at a later time to sign a sworn statement confirming the truthfulness of the information you are providing.

QUESTIONS:

Are you currently in danger of your partner or ex-partner doing any of the following:

1. Physically hurting you by, for example, pushing, grabbing, slapping, hitting, choking, or kicking?
2. Forcing you to have sex when you don't want to or do sexual things you don't want to do?
3. Threatening to hurt you, your children or someone close to you?
4. Constantly putting you down or telling you that you are worthless?
5. Stalking, checking up on you or following you?
6. Making you afraid?

Yes *(You will be referred to a Domestic Violence Specialist and will be expected to provide more detailed information about your situation.)*

No *(None of the above apply to me or I choose not to answer these questions at this time.)*

In signing this form I affirm that the information I have given or will give to the Department of Social Services is correct.

Signature: _____ **Date:** _____

CIN NUMBER/APP REG LN	CASE NUMBER	OFFICE/UNIT NUMBER
WORKER NAME/NUMBER	CLIENT REFERRED FOR DOMESTIC VIOLENCE ASSESSMENT? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

FORMULARIO PARA DETECTAR A VICTIMAS DE LA VIOLENCIA DOMESTICA

INSTRUCCIONES:

Responder a estas preguntas es voluntario. Usted no tiene que completar este formulario para recibir Asistencia Pública.

Estamos haciéndole estas preguntas para determinar:

1. si usted es víctima de la violencia doméstica
2. si algunos requisitos de asistencia pública pueden exponerle a usted o a sus hijos a mayor riesgo de daño o dificultarle la evasión de abuso. En algunos casos, puede ser que nosotros podamos retrasar uno o más de estos requisitos. Nosotros también podemos ayudarle a obtener los servicios que necesita.

Si usted completa este formulario, cualquier cosa que usted revele aquí con respecto a su relación con su compañero(a), exceptuando asuntos de abuso o maltrato infantil, será confidencial. Usted puede decidir no completar este formulario, pero está en libertad de hacerlo en cualquier momento. Sin embargo, si cualquiera de lo siguiente se aplica a usted **Y** si usted está pidiendo que se retrase uno o más de estos requisitos, usted debe completar este formulario. Puede ser que se le requiera más tarde completar y firmar una declaración jurada confirmando la veracidad de la información que usted está proveyendo.

PREGUNTAS:

¿Está usted actualmente en peligro de que su compañero(a) o ex compañero(a) haga uno de lo siguiente?

1. Le haga daño físicamente como empujándole, agarrándole, pegándole, ahorcándole o pateándole
2. Le fuerce a tener sexo cuando usted no lo desea o le haga hacer cosas sexuales que usted no quiere hacer
3. Le amenace con hacerle daño a usted, a sus hijos o a algún ser querido
4. Le humille constantemente o le diga que usted no vale nada.
5. Le aceche y le persiga
6. Le atemorice

Sí (A usted se le referirá a un Especialista de Violencia Doméstica y se esperará a que usted provea información más detallada sobre su situación.)

No (Nada de lo citado arriba se aplica a mí, o elijo no responder a estas preguntas en este momento.)

Al firmar este formulario, yo afirmo que la información que he dado o que daré al Departamento de Servicios Sociales es correcta.

Firma: _____ **Fecha:** _____