

FORMATOS DE SOLICITUD DE SERVICIOS

FORMULARIO PARA DENUNCIA DE VIOLENCIA FAMILIAR

En caso de violencia de Doméstica

Nombre de la víctima: _____
Edad: _____ N. de identidad: _____
Aldea, Barrio o Colonia: _____
Celular: _____ Teléfono: _____
Estado civil: _____
Sexo: _____ ocupación: _____
Nivel Educativo: _____

El Denunciado Es Su:

- a) Esposo
- b) pareja conviviente
- c) novio /a
- d) padre/Madre
- e) Otro (Especificar)

CONVIVE ACTUALMENTE CON EL AGRESOR? SI _____ NO. _____

DENUNCIADO / A

Nombre: _____ Apellidos: _____
Nacionalidad: _____ N. de Identidad: _____
Sexo: _____ Ocupación: _____
Teléfono: _____ Celular: _____

RELATO DE LOS HECHOS



Delia Josefa Chirinos C.

DATOS DE INTERES

- a) Tipo de violencia: a.) física b. psicológica emocional c.) sexual
- b) frecuencia de los actos de violencia: a.) por primera vez b.) todos los días
C.) todas las semanas d una vez por semana
- c) La víctima está embarazada: a.) Si b.) No
- d) La víctima esta discapacitada: a.) Si b.) No
- e) La víctima ha recibido asistencia médica a causa de la violencia: a) Si b) No
- f) El agresor tiene antecedentes penales: a.)Si b.)No
- g) El agresor consume sustancias adictivas: a) Si b.) No
- h) El agresor tiene armas de fuego: a.) Si b.) No
- i) El agresor utilizo armas intimidatoriamente: a.) Si b.) No
- j) El agresor ha intentado/ amenazado con suicidarse: a.) Si b.) No

DENUNCIAS ANTERIORES

Efectuada ante: _____ Fecha: _____
Juzgado interviniente: a) paz b) familiar c) penal
Se dictó alguna medida de protección o asistencia:

Firma Denunciante

Coordinadora de la OMM



Delia Josefa Chirinas C.

ENTREVISTA

Nombre _____

Domicilio: _____

1. ¿Usted sufre de violencia familiar?

Si _____ NO _____

2. ¿Qué tipo de violencia?

Física _____ psicológica _____ sexual _____

Tales como:

Bofetadas _____ Desprecio _____ Insultos _____

Humillación _____ Patadas _____ Oros _____

3. ¿Con que frecuencia es maltratada?

Diario _____ Semanal _____ Mensual _____

4. ¿Quién es el agresor?

Esposo _____ Hijos _____ Novio _____ Otros _____

5. ¿Has recibido alguna ayuda de parte de una institución?

Sí _____ No _____

Alguna vez ha denunciado dicho maltratado

Sí _____ No _____

Usted ha sufrido algún tipo de maltrato en su infancia

Sí _____ No _____



Delia Josefa Chirinos C.

REPORTE POR VIOLENCIA DOMESTICA A LA OMM

NOMBRE: _____ EDAD: _____

APELLIDOS: _____

PROCEDENCIA: _____

LUGAR Y FECHA: _____

INCIDENCIAS

Relato de cómo ocurrieron los hechos.



Delia Josefa Chinnos C.

¿Por qué soporta ser maltratada

¿Por qué ocurre el maltrato?

Celos _____

Problemas Económicos _____

Discusiones de parejas _____

Otros _____

Qué opina del maltrato



Delia Josefa Chirinos C.