

FORMULARIO DE DECLARACION DE LA PERSONA QUE RECIBE BENEFICIOS
(PARA LAS VICTIMAS DE INCESTO MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD)

		1. NO. DE LA PERSONA QUE RECIBE BENEF.
2. NOMBRE DE LA VICTIMA	3. FECHA DE NACIMIENTO	4. TIPO DE INCIDENTE <input type="checkbox"/> VIOLACION <input type="checkbox"/> INCESTO
5. DIRECCION		6. FECHA DEL INCIDENTE

POR FAVOR COMPLETE O LA PARTE I O LA PARTE II

PARTE I	
7. <input type="checkbox"/> Certifico que yo fui la víctima de incesto y que you lo reporté a:	
8. NOMBRE DE LA AGENCIA:	9. FECHA DEL REPORTE:
10. MI REPORTE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO INCLUYO LA IDENTIDAD DEL INFRACITOR (TRANSGRESOR)	

PARTE II	
11. <input type="checkbox"/> Certifico que yo fui la víctima de incesto y que no reporté el crimen.	

YO ENTIENDO QUE CUALQUIER DECLARACION FALSA HECHA EN ESTO SERA CASTIGABLE POR LA LEY Y QUE LOS REPORTES FALSOS A LAS AUTORIDADES QUE APLICAN LA LEY SERAN CASTIGABLES POR LA LEY.

12. _____
FIRMA DE LA VICTIMA

13. _____
FECHA

¡TODA LA INFORMACION SE MANTENDRA CONFIDENCIALMENTE!

DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA PUBLICA
OFICINA DE LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA MEDICA

FORMULARIO DE DECLARACION DE LA PERSONA QUE RECIBE BENEFICIOS

(PARA LAS VICTIMAS DE INCESTO MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD)

		1. NO. DE LA PERSONA QUE RECIBE BENEF.
2. NOMBRE DE LA VICTIMA	3. FECHA DE NACIMIENTO	4. TIPO DE INCIDENTE <input type="checkbox"/> VIOLACION <input type="checkbox"/> INCESTO
5. DIRECCION		6. FECHA DEL INCIDENTE

POR FAVOR COMPLETE O LA PARTE I O LA PARTE II

PARTE I	
7. <input type="checkbox"/> Certifico que yo fui la víctima del incidente arriba nombrado y que yo lo reporté a:	
8. NOMBRE DE LA AGENCIA:	9. FECHA DEL REPORTE:
10. MI REPORTE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO INCLUYO LA IDENTIDAD DEL INFRACTOR (TRANSGRESOR)	

PARTE II
11. <input type="checkbox"/> Certifico que yo fui la víctima del incidente arriba nombrado y que no reporté el crimen.

YO ENTIENDO QUE CUALQUIER DECLARACION FALSA HECHA EN ESTO SERA CASTIGABLE POR LA LEY Y QUE LOS REPORTES FALSOS A LAS AUTORIDADES QUE APLICAN LA LEY SERAN CASTIGABLES POR LA LEY.

12. _____
FIRMA DE LA VICTIMA

13. _____
FECHA

¡TODA LA INFORMACION SE MANTENDRA CONFIDENCIALMENTE!