



**FORMULARIO DE DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO**

		<b>1. NÚMERO DE MA DEL BENEFICIARIO</b>
<b>2. NOMBRE DEL BENEFICIARIO</b>		<b>3. FECHA DE NACIMIENTO</b>
<b>4. DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO:</b>		

Marque una de las casillas a continuación:

5.

Certifico que soy sobreviviente de violación o incesto y que no hice la denuncia del crimen ante las autoridades policiales o servicios de protección a menores.

Certifico que soy sobreviviente de violación o incesto y que hice la denuncia del crimen, incluyendo el nombre del agresor o delincuente (de conocerlo), ante:

\_\_\_\_\_

**6. FECHA DE LA DENUNCIA (si la sabe):**

Entiendo que hacer una declaración falsa más arriba es punible o sancionable por ley, al igual que hacer una denuncia policial falsa.

7. \_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL PACIENTE

8. \_\_\_\_\_  
 FECHA

**TODA LA INFORMACIÓN SE MANTENDRÁ CONFIDENCIAL**