

**Forma de evaluación para servicios de intervención de violencia**

Nombre de cliente: \_\_\_\_\_

Nombre de víctima: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la víctima: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue/es la duración de su relación con la víctima?: \_\_\_\_\_

¿Nombre de su pareja ahora? (si procede): \_\_\_\_\_

Número de teléfono de su pareja ahora: \_\_\_\_\_

¿Cuántos hijos/as tiene? (si no tiene, por favor escribe 0): \_\_\_\_\_

Si tiene hijos/as, ¿Cuáles son sus edades?: \_\_\_\_\_

¿Cuántas otras personas viven en la casa con usted?: \_\_\_\_\_

¿Están relacionados con usted?     Sí  No

**Preguntas sobre usted**

¿Ha usado usted algunas de las siguientes contra la víctima o contra otras personas a cualquier tiempo ahora o en el pasado?

Abuso Física:         Sí     No

EJEMPLOS: Abofetear, Puñetazo, Patada, Empujar, Tirar cosas, Romper la ropa, Arañar, Contener, Escupir, o Tirar el pelo

Intimidación:         Sí     No

EJEMPLOS: Utiliza miradas espantosas o gestos, Gritar, Romper cosas, Destruir propiedad, Muestra las armas, Trato de hacer que alguien tenga miedo

Abuso Emocional:     Sí     No

EJEMPLOS: Burlarse de otra persona, Usa nombres malos de otra persona, Tratar de hacer que alguien siente culpable, humillar a otra persona, Interrumpir a otra persona cuando está comiendo o durmiendo, Acusar a otra persona de coquetear, Usa juegos mentales

Aislamiento:         Sí     No

EJEMPLOS: Impedir a alguien de salir (trabajo, escuela, con sus amigos), Abre el correo de un otra persona, Escucha las conversaciones de un otra persona, Sigue a otra persona, Preguntarle a otra persona

Minimizar, Negar, Culpar:     Sí     No

EJEMPLOS: Quitar importancia a una situación, Echar la culpa a otra persona, Niega una situación

Usando los hijos/as:         Sí     No

EJEMPLOS: Dijo cosas malas sobre el otro padre a los niños, Amenazó con llevar los hijos, Uso los hijos para enviar mensajes    Uso las visitas para acosar la otra persona

Privilegio del sexo:         Sí     No

EJEMPLOS: Trata a otra persona como un sirviente, Hago reglas de la casa sin los pensamientos de la otra persona, Dijo a otra persona cuál es su trabajo, Esperar que otra persona tenga relaciones sexuales cuandoquiera, Mando alrededor, No se comparte el cuidado infantil

Abuso Economía:         Sí     No

EJEMPLOS: Impidió otra persona de trabajar afuera de la casa, Mando otra persona a pedir por dinero, Retener información a otra persona sobre las finanzas de la casa, Retener información sobre las cuentas bancarias, No pago su apoyar de infantil, Hago decisiones importantes de las finanzas sin la otra persona

Coacción y Amenazas:     Sí     No

EJEMPLOS: Amenazo a herir a otra persona, Amenazo la familia o amigos de un otra persona, Trato de hacer un otra persona para retirar cargos o un orden de protección, Hecho otra persona a hacer algo ilegal

¿Cuál fue la fecha del último incidente de cualquier tipo de abuso a otra persona? \_\_\_\_\_

¿Había otra persona que trata a tener servicios por causa de sus acciones? (Por ejemplo: un orden de protección, la policía, refugio, o servicios de terapia):         Sí     No

¿Había otra persona que recibió servicios medical por causa de su violencia?         Sí     No

¿Alguna vez ha hecho amenaza con matar a otra persona?         Sí         No

¿Alguna vez ha hecho amenaza con usar una pistola o arma contra otra persona?     Sí     No

¿Alguna vez ha herido o matar una mascota?         Sí     No

¿Alguna vez ha amenazado suicidarse o tratar de competir suicida por causa de una relación?  Sí  No

¿Alguna vez ha presionado otra persona a tener sexo?  Sí  No

¿Alguna vez ha forzado a mirar pornografía?  Sí  No

¿Alguna vez ha empujado, golpeado, o dañar a otra persona cuando estaba embarazada?  Sí  No

**Por cada de las siguientes, elija con qué frecuencia usted y la otra persona discutir/ discutieron sobre las siguientes:**

Los quehaceres domésticos:  Nunca  Rara vez  Algunas Veces  Frecuentemente

Sexo:  Nunca  Rara vez  Algunas Veces  Frecuentemente

Dinero:  Nunca  Rara vez  Algunas Veces  Frecuentemente

Compromiso con la relación:  Nunca  Rara vez  Algunas Veces  Frecuentemente

Usa de drogas o alcohol:  Nunca  Rara vez  Algunas Veces  Frecuentemente

El trato social:  Nunca  Rara vez  Algunas Veces  Frecuentemente

Los Hijos/as:  Nunca  Rara vez  Algunas Veces  Frecuentemente

La manera de comunicación:  Nunca  Rara vez  Algunas Veces  Frecuentemente

Otro:  Nunca  Rara vez  Algunas Veces  Frecuentemente

### **Preguntas sobre su familia**

Cuando era niño/a, ¿ha visto violencia física entre su familia?  Sí  No

¿Ha observado abuso verbal o emocional entre su familia?  Sí  No

¿Ha recibido abuso física de cualquiera en su familia?  Sí  No

¿Cómo describiría usted su relación con su padre?  Unidos  Distante

¿Cómo describiría usted su relación con su madre?  Unidos  Distante

Numero de hermanos: \_\_\_\_\_

Numero de hermanas: \_\_\_\_\_

¿Se ha abusado verbal o emocional de alguien en su familia?  Sí  No

¿Se ha tocado de alguien en su familia u otros en una manera sexual o que ha hecho sentido incomodo?  
 Sí  No

**Preguntas sobre sus hijos:**

¿Han hecho algunos hijos involucrados u observados con violencia entre usted y su compañero?

Sí       No

Cuando usted disciplina sus hijos, ¿cuáles de las siguientes usa? (Elija todos que se usa)

- Platicar y explicar las reglas
- Golpea con objetos
- Reganar
- Gritar
- Manda a su cuarto/ manda a la esquina
- Manda a un descanso
- Limite el teléfono o amigos
- Azote o abofetear
- Limite a la casa

¿Ha dejado moretones o marcas en sus hijos por causa de su disciplina?       Sí       No

¿Utiliza su pareja o pareja anterior disciplina física?       Sí       No

¿Había su comportamiento o los comportamientos de su pareja a sus hijos parecía inapropiada o sexual?

Sí       No

¿Ha tenido participación con el departamento de servicios para jóvenes y niños en su familia?

Sí       No

¿Alguno de sus hijos tiene problemas con los comportamientos en la casa?       Sí       No

¿Alguno de sus hijos tiene problemas con los comportamientos en la escuela?       Sí       No

¿Alguno de sus hijos actúa violentamente con los otros, usted, o su pareja?       Sí       No

¿Alguno de sus hijos tiene problemas medicales o físicas?       Sí       No

**Preguntas sobre el uso de sustancias**

¿Con que frecuencia usa drogas o alcohol actualmente? \_\_\_\_ Tiempo (s) cada       Día       Mes       Año

¿Ha expresado alguien preocupación con su uso?       Sí       No

¿Está preocupado con su uso?       Sí       No

¿Alguna vez ha estado en tratamiento para dependencia de drogas?       Sí       No

Si está recuperando, ¿Esta sobrio actualmente?       Sí       No

¿Atiende usted servicios de terapia, AA, NA, CA o un tipo de grupo similar?  Sí  No

¿Alguna vez ha tenido participación legal por causa de su uso de drogas o alcohol?  Sí  No

Cuando había violencia, ¿Alguna vez ha usado drogas o alcohol?  Sí  No

Cuando había violencia, ¿Alguna vez su pareja ha usado drogas o alcohol?  Sí  No

### **Preguntas sobre salud mental y física**

¿Actualmente está visitando un terapeuta?  Sí  No

¿Alguna vez ha participado en servicios de terapia?  Sí  No

Cuando era niño, o como un adulto, ¿Alguna vez ha sentido suicidio o tenido pensamientos de suicida?  
 Sí  No

¿Actualmente ha perdido el trabajo?  Sí  No

¿Actualmente ha cambiado sus hábitos de comer?  Sí  No

¿Ha tenido dificultad a dormirse?  Sí  No

¿Tiene preocupaciones o ansiedad?  Sí  No

¿Se siente como no puede salir de la casa o hacer su rutina?  Sí  No

¿Tiene otros problemas emocionales que no ha mencionado?  Sí  No

¿Alguna vez ha sido hospitalizado por causa de su salud mental?  Sí  No

¿Actualmente tiene problemas con su salud física?  Sí  No

¿Ha sido algunos accidentes graves o enfermedades?  Sí  No

¿Actualmente tomando unas medicinas prescripciones?  Sí  No

### **Información de la policía y la corte**

¿Alguna vez ha mandado de un juez u otra persona a atender servicios de terapia?  Sí  No

¿Cuántas veces había llamados a la policía a su casa por violencia doméstica? \_\_\_\_\_

¿Quién llama la policía para el último incidente? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces ha arrestado usted para violencia doméstica? \_\_\_\_\_

¿Actualmente está en un orden de protección?  Sí  No

¿Está mandado usted del corte a atender un grupo de violencia doméstica?  Sí  No

En el pasado, ¿ha estado detuvo a causa de su violencia?  Sí  No

¿Actualmente, esta participando con el sistema de justicia penal aparte de la violencia domestica?  
 Sí  No

¿Alguna vez se han encontrado culpable de un crimen?  Sí  No

¿Alguna vez se ha participado en este programa, u otro programa para maltratas? \_\_\_\_\_

**Posesión de Armas**

¿Usted tiene una tarjeta F.O.I.D?  Sí  No

¿Usted tiene posesión de algunas pistolas, cuchillas, u otras armas?  Sí  No

¿Estaría dispuesto a remover estas armas durante este programa?  Sí  No

**Historia del ejército**

¿Ha servido o actualmente está sirviendo en el ejército?  Sí  No

¿Ha servido durante una época de guerra?  Sí  No

¿Estaba en el combate?  Sí  No

Firma de cliente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## **Acuerdo de participación para los servicios de violencia**

### **Descripción del programa:**

Los servicios de violencia de Family Counseling Service están diseñadas para dirigir temas sobre poder y control en hombres y mujeres que han sido abusiva en sus relaciones. Finalización exitosa está definida por la demostración con una relación saludable no abusivo, con el Acuerdo de la Participación.

### **Como participante en este programa, estoy de acuerdo con la siguiente:**

1. Voy a parar alguno violencia, abuso verbal, intimidación o palabras y comportamientos controlados
2. Si estoy violenta físicamente, verbalmente, emocionalmente o sexual con alguien, voy a reportar mis comportamientos, sin minimizar mis acciones durante la cita de esta semana. Aceptaré la responsabilidad para mis acciones
3. Voy a respetar los deseos de la víctima sobre cuanta contacto él/ella quiere tener conmigo. Si estamos separados, no voy a poner presión a vivir conmigo. Si él/ella me pide que me vaya, me iré.
4. Voy a cumplir mis obligaciones financieras a mi pareja y mis hijos.
5. No voy a tratar a retrasar o bloquear los esfuerzos de él/ella para presentar cargos contra mí o para obtener un orden de protección.
6. Si me sirven con una orden de protección, no voy a desobedecer las reglas.
7. Yo entiendo que los empleados de FCS van a denunciar algunos reportes de violencia, mi asistencia, y el grado de participación al corte cuando proceda.
8. Yo entiendo que mi pareja, hijos, u otros visitantes no están permitidos en las citas.
9. Yo entiendo que mis hijos u otros en mi cuidado no están permitidos a esperar en la propiedad de FCS cuando estoy participando en las citas.
10. Yo entiendo que los empleados de FCS son denunciantes obligatorios del estado y tienen que denunciar cualquier sospecha de abuso o negligencia hacia niños y personas mayores de edad; y tienen el deber de advertir a las víctimas y autoridades de algunas amenazas de lastimar o matar a cualquier individuo. Si la evaluación o contacto revela la posibilidad o hecho de abuso o negligencia de hijos, la agencia de PAIP debe a llamar y denunciar a DCFS (1-800-252-2873). La agencia de PAIP debe de referir sospechas de abuso o negligencia, y explotación financiera hacia personas mayores al departamento Aging's Elder Abuse and Neglect Program (1-866-800-1409).

### **Reglas del grupo y de participación**

1. Las evaluaciones son válidas por 90 días. Si yo no empieza con los servicios dentro de los 90 días de la evaluación, se me requerirá a hacer una evaluación nueva.
2. Estoy de acuerdo a atender las citas cada semana para el tiempo designada de FCS.
3. Estoy de acuerdo en estar a tiempo para sesiones; Entiendo que si llego tarde, no se me permitirá asistir a esa sesión
4. Yo entiendo que no puedo tener más de tres (3) faltas durante el programa. Si faltaré cuatro, voy a ser terminado del programa.
5. Yo entiendo que si la recomendación es para el programa de control del enojo (y no el programa PAIP/ programa de violencia domestica), solo se me puede permitir dos (2) faltas durante el programa de 12 semanas.
6. Yo entiendo que si la recomendación es para Caring Dads o Nurturing Moms, solo se me puede permitir dos (2) faltas durante el programa de 17 semanas.
7. Entiendo que no puedo tener ninguna ausencia durante mis primeras seis (6) sesiones

8. Voy a contactar la oficina de FCS a menos de 24 horas antes de una cita si no puedo atender. Entiendo que si no contactaré a menos de 24 horas antes, se me cobrará un cargo por cancelación tardía.
9. Estoy de acuerdo a participar en las actividades de las citas.
10. Estoy de acuerdo a completar las tareas.
11. Estoy de acuerdo a abstenerse del consumo de alcohol y drogas durante mi tiempo en el programa.
12. Si estoy referido a una evaluación adicional, (por ejemplo de los sustancias o psiquiatría), voy a obtener la evaluación a tiempo y seguir los recomendaciones de la evaluación.
13. Entiendo que necesito respetar la confidencialidad de los otros miembros del grupo y la información que esta compartidos en el programa.
14. Yo entiendo que no debo llevar (portar) ningún tipo de armas a las sesiones del grupo
15. Entiendo que si estoy perturbador durante las citas, me pueden pedir que me vaya, y mi participación podría ser suspendida o terminada.
16. Yo entiendo que yo debo de tener mi teléfono celular en el modo que no disturbe durante el grupo
17. Entiendo que audio/grabación de video está prohibido.

#### **Tarifas**

1. Voy a pagar por cada cita que asisto
2. Estoy de acuerdo a pagar por faltas sin excusa
3. Entiendo que mi tarifa podría cambiar si hay un cambio en mi ingreso cuando estoy en el programa
4. Si me falta más de una cita en tarifas, entiendo que no se me permitiría participar en el programa hasta las tarifas están pagadas.
5. Yo entiendo que no podré tener ningún balance en la última cita. Si hay un balance, entiendo que no se me permitiría a completar el programa y que no se darán más reportes a los cortes si procede.
6. Entiendo que después de completar el programa, podría elegir a continuar en el programa voluntariamente

**Yo he leído y acepto participar en el Programa de servicios de violencia de acuerdo a las condiciones arriba establecidas.**

Firma del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



**APLICACIÓN PARA ESTABLESER LOS COSTOS PARA PROGRAMAS DE EDUCACION DE  
COMPORTAMIENTO**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FCS sirve a personas que viven o trabajan en el sur del Condado de Kane, todo el Condado de Kendall y la ciudad entera de Aurora. **Nosotros podemos aplicar los fondos de la comunidad al costo del servicio para personas que viven o trabajan en nuestra área de servicio.**

¿Vive o trabaja en una de esas áreas?  Si  No Prueba Disponible:  Si  No

Si la respuesta es si, por favor de continuar con la aplicación, si la respuesta es no, no podemos utilizar los fondos de la comunidad para reducir los costos, aunque todavía puede recibir nuestros servicios.

Family Counseling Service de Aurora ha establecido los costos del programa del grupo a **\$60.00 por sesión**. FCS ofrece la oportunidad para que usted aplique para un costo mas bajo con el uso de fondos comunitarios, al completar esta aplicación.

**Por favor de contestar las siguientes preguntas**

¿Usted vive con su esposo(a) o pareja?  Si  no

¿Su esposo(a) o pareja esta trabajando?  Si  no

El total de Ingresos de usted y su esposo(a) o pareja (si usted tiene un esposo(a) o pareja viviendo con usted) \_\_\_\_\_

**Si usted esta casado(a) o tiene una pareja que esta viviendo con usted, vamos a necesitar prueba de ingresos de los dos. Si usted desea que la escala sea aplicada a su pago, por favor provee unos de los siguientes documentos.**

\_\_\_\_1. Copia de declaración de impuestos del año pasado      \_\_\_\_2. W2's por el ingreso total

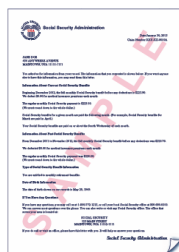
\_\_\_\_3. Talón de cheque representando 3 meses de pago      \_\_\_\_4. Prueba de beneficios de desempleo

\_\_\_\_5. Una carta de su empleo que representan su salario, las horas que trabaja y la fecha en cual empezó el empleo.

**Si usted esta recibiendo ayuda del estado, necesitamos que usted proporcione por lo menos uno de los documentos siguientes:**

\_\_\_\_1. Declaración de SSI      \_\_\_\_2. Prueba de ingresos de incapacidad

\_\_\_\_3. Prueba de ingreso de de jubilación o      \_\_\_\_4. Prueba de beneficios SS.



5. Prueba de beneficios de estampillas de comida or (SNAP/LINK) (la tarjeta no es aceptable)



La información proporcionada es verdadera y exacta al mejor de mi conocimiento.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Una vez que haga proporcionado FCS con todos los documentos necesarios, vamos a revisar la información y su tasa se establecerá. Su tasa será efectiva en su siguiente sesión.

**SOLAMENTE PARA USE DE OFICINA**

**MARS/FAIR Tarifa de programas**

Costo Regular del Programa	# Clases	Costo Total	Costo Semanal
MARS/FAIR PAIP	26	\$1575.00	\$60.00
MARS Caring Dads	26	\$1575.00	\$60.00
FAIR Nurturing Moms	26	\$1575.00	\$60.00
Anger Management	12	\$795.00	\$60.00

**Criterios de Reducción de Honorario de ingresos:**

Debe vivir o debe trabajar en el área de FCS de servicio y tener ingreso familiar anual bruto menos de \$55,000.00.

Reducción de Costo	# Clases	Costo Total	Costo Semanal
MARS/FAIR PAIP	26	\$1200.00	\$45.00
MARS Caring Dads	26	\$1200.00	\$45.00
FAIR Nurturing Moms	26	\$1200.00	\$45.00
Anger Management	12	\$615.00	\$45.00

**Criterios de Reducción de tarifa en tiempos de dificultad:**

Debe vivir o debe trabajar en el área de servicio y estar en un ingreso fijo (ej. Incapacitación, ayuda publica, y seguro social). Desempleo no se ajusta a este requisito.

Reducción de Costo	# Clases	Costo Total	Costo Semanal
MARS/FAIR PAIP	26	\$825.00	\$30.00
MARS Caring Dads	26	\$825.00	\$30.00
FAIR Nurturing Moms	26	\$825.00	\$30.00
Anger Management	12	\$435.00	\$30.00

Programas solicitados: \_\_\_\_\_

Tarifa Semanal aprobado para sesión de grupo \$ \_\_\_\_\_

Total Estimado de Costo del Programa(s) \$ \_\_\_\_\_

Cliente: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Lista de Procesamiento Aprobado por: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ data base

\_\_\_\_ client file

Fecha: \_\_\_\_\_