

SOLICITUD DE TRASLADO DE EXPEDIENTE

Centro o Servicio que remite la solicitud	<input type="text"/>		
Entidad Local adherida de la que depende*	<input type="text"/>		
Profesional que realiza el seguimiento de la usuaria	<input type="text"/>		
Cargo o función	<input type="text"/>		
Teléfono 1	<input type="text"/>	Teléfono 2	<input type="text"/>
Correo electrónico*	<input type="text"/>		
Dirección postal	<input type="text"/>		
Observaciones	<input type="text"/>		

Solicito, una vez comprobado el cumplimiento de los requisitos de acceso de conformidad con el apartado 4 del Protocolo de Actuación, cursen el traslado de su expediente en el Servicio ATENPRO, a favor de:

Nombre*	<input type="text"/>
Apellidos*	<input type="text"/>
Nº Documento*	<input type="text"/>

En _____ a

(Firma y sello de la entidad)

Fdo: _____ Cargo: _____

Código / Expte:

FICHA DE DATOS**Datos de la Usuaría**

Nombre*			
Apellidos*			
Tipo de documento*		N° Documento*	
Fecha de nacimiento*	____/____/____	Estado civil	
País de nacimiento		Nacionalidad*	
Idioma*		Nivel comunicación	
Nivel de estudios		Situación laboral	
N° total de hijos/as		N° hijos/as menores*	
Discapacidad*	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Tipo y grado de discapacidad

Física	
Psíquica o psicosocial	
Sensorial	
Intelectual o cognitiva	

Observaciones

Localización de la Usuaría

Teléfono 1

Teléfono 2

Domicilio principal de residencia

Dirección

Número

Esc/Portal

Piso

Puerta

Código Postal*

Distrito/Pedanía

Municipio*

Provincia*

Observaciones Domicilio Principal

Otro domicilio/dirección habitual

Nombre empresa/centro

Dirección

Número

Esc/Portal

Piso

Puerta

Código Postal

Distrito/Pedanía

Municipio

Provincia

Teléfono 1

Teléfono 2

Observaciones Otro Domicilio

Estado de la Usuaría

Describir en caso de problemas de salud física o mental, otra información o antecedentes relevantes para su atención desde el Servicio, tratamiento actual...

Núcleo Convivencial

	Nombre y apellidos	Relación	Fecha nacimiento	Teléfono
a			___/___/___	
b			___/___/___	
c			___/___/___	
d			___/___/___	
e			___/___/___	

Observaciones (especificar según letra asignada a cada persona conviviente).

Personas de Contacto (no facilitar datos de personas que no conocen situación de maltrato)

	Nombre y apellidos	Relación	Telf. 1	Telf.2	Municipio	Llaves
1						
2						
3						
4						

Observaciones (especificar según número asignado a cada persona de contacto)

Descripción del Agresor

Nº agresores

Año de nacimiento Estado civil

País de nacimiento Nacionalidad

Nivel de estudios Situación laboral

Discapacidad Si No Provincia en la que reside

Tipo y grado de discapacidad

Física

Psíquica o psicosocial

Sensorial

Intelectual o cognitiva

Describir datos relevantes para su descripción (estatura, complexión, marcas visibles...)

Describir vehículo/s (marca, modelo, color)

Indicadores de riesgo por parte del agresor

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dispone de armas (describir tipo) <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Amenazas de lesión grave/muerte |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes por otros delitos | <input type="checkbox"/> Amenazas/agresiones hacia hijos/as o entorno usuaria |
| <input type="checkbox"/> Ingreso/s en prisión | <input type="checkbox"/> Tentativa de homicidio |
| <input type="checkbox"/> Quebrantamiento de medidas | <input type="checkbox"/> Consumo abusivo de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Historial de violencia con pareja anterior | <input type="checkbox"/> Trastorno mental diagnosticado |
| <input type="checkbox"/> Violencia durante el embarazo de la usuaria | <input type="checkbox"/> Manifestaciones/intentos de suicidio |
| <input type="checkbox"/> Violencia física en presencia de hijos/as o entorno usuaria | <input type="checkbox"/> Otros (especificar en Observaciones) |
| <input type="checkbox"/> Amenazas con armas u objetos peligrosos | |

Observaciones

Historial de ViolenciaTipo de violencia* ¿La violencia se ha ejercido en el ámbito digital? Relación del agresor con la usuaria*

Si procede, facilitar información adicional sobre la situación de violencia o si existen otras formas de violencia identificadas. Describir en caso de riesgo de movilidad internacional, secuestro o traslado

¿La usuaria ha requerido atención hospitalaria por las agresiones? Sí No¿El agresor conoce...? Dirección habitual de la usuaria Sí NoCentro educativo/laboral de la usuaria Sí NoCentro educativo menores Sí No

Describir si hay menores u otras personas en riesgo

Describir cuando haya riesgo de maltrato por personas diferentes al agresor por el que se solicita el Servicio

Situación JudicialEstado actual de las medidas penales*

En caso de medida/orden de protección en vigor:

Fecha en que se acordó Duración de la medida **Medidas penales acordadas** (Obligatorio indicar en caso de disponer de medidas vigentes)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prohibición de comunicación | <input type="checkbox"/> Prohibición de aproximación <input type="text"/> metros |
| <input type="checkbox"/> Retirada de armas | <input type="checkbox"/> Prohibición de residencia |
| <input type="checkbox"/> Privación de libertad | <input type="checkbox"/> Inhabilitación profesional |
| <input type="checkbox"/> Trabajos en beneficio de la comunidad | <input type="checkbox"/> Otras medidas (especificar en Observaciones) |

Observaciones

Describir si existen medidas civiles en el caso de hijas/os menores en común (régimen de visitas, guarda y custodia, punto de encuentro...)

Valoración Policial del Riesgo

Valoración Policial del Riesgo Fecha de la valoración / /

Otras valoraciones (Ministerio Fiscal, Oficina de Asistencia a las Víctimas del Delito, etc.)

FICHA DE RECURSOS DE EMERGENCIA

Fuerzas / Cuerpos Seguridad por orden prioridad

	Nombre del recurso	Teléfonos 9 dígitos para llamar desde otras provincias	
1			
2			
3			

Observaciones (especificar según número asignado como orden de prioridad)

Recursos sociales de emergencia

	Nombre del recurso	Teléfonos 9 dígitos para llamar desde otras provincias	
1			
2			
3			

Observaciones (especificar según número asignado como orden de prioridad)

Otros Recursos

	Nombre del recurso	Teléfonos 9 dígitos para llamar desde otras provincias	
1			
2			
3			

Observaciones (especificar según número asignado como orden de prioridad)