

# DOMESTIC VIOLENCE ASSESSMENT

Chicago Police Department

|                      |                               |                    |                     |                         |   |   |
|----------------------|-------------------------------|--------------------|---------------------|-------------------------|---|---|
| INCIDENT INFORMATION | DATE OF OCCURRENCE            | TIME OF OCCURRENCE | ADDRESS OF INCIDENT |                         |   |   |
|                      | BEAT OF OCCURRENCE            | BEAT OF ASSIGN.    | EVENT NO.           | R D NO.                 | TYPE OF OFFENSE   |   |
|                      | VICTIM'S NAME (LAST, FIRST)   |                    |                     |                         | PHONE NO.   |   |
|                      | RELATIONSHIP TO OFFENDER      |                    |                     | PRIMARY LANGUAGE SPOKEN | INTERPRETER NEEDED?<br><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES     | IF NEEDED, REFER TO SPECIAL ORDER S02-01-05 "LIMITED ENGLISH PROFICIENCY" |
|                      | OFFENDER'S NAME (LAST, FIRST) |                    |                     | DESCRIPTION             | IS OFFENDER IN CUSTODY?<br><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |   |

| OCENA |   | TAK   | NIE                      | BRAK ODPOWIEDZI          |
|-------|---|---|--------------------------|--------------------------|
|       | 1.  | GDY NAPASTNIK KIEDYKOLWIEK UZYWAL LUB GROZIL UZYCIEM BRONI WOBEC CIEBIE, TWOICH DZIECI LUB OSOBY NA KTÓREJ CI ZALEZY? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.    | CZY NAPASTNIK GROZIL ZE ZABIJE CIEBIE, TWOJE DZIECI LUB OSOBE NA KTÓREJ CI ZALEZY?  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.    | CZY NAPASTNIK KIEDYKOLWIEK PRÓBOWAL CIE UDUSIC?   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.    | CZY NAPASTNIK MOZE Z LATWOSCIA ZDOBYC BRON?   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.    | CZY NAPASTNIK KIEDYKOLWIEK UNIEMOZLIWIAL CI ODEJSCIE, SZUKANIE POMOCY LUB ZADZWONIENIE NA POLICJE?  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.    | CZY NAPASTNIK MIEWA GWALTOWNE NAPADY ZAZDROSCI LUB JEST CIAGLE ZAZDROSNY?   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.    | CZY NAPASTNIK KONTROLUJE WIEKSZOSC TWOICH CODZIENNYCH CZYNNOSCI?  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.    | CZY ROZEJSCIE LUB SEPARACJA Z NAPASTNIKIEM PO OKRESIE WSPÓLNEGO ZYCIA LUB MALZENSTWA SPOWODOWANA BYLA PRZEMOCA DOMOWA LUB MALTRETOWANIEM? | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.    | CZY WZYCIU NAPASTNIKA NASTAPIŁY NIEDAWNO ZMIANY, KTÓRE WYWOLALY WIEKSZY STRES?  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.   | CZY NAPASTNIK PRÓBOWAL LUB GROZIL, ZE POPELNI SAMOBÓJSTWO?  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.   | CZY MASZ DZIECKO, KTÓRE NIE JEST DZIECKIEM NAPASTNIKA?  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.   | CZY NAPASTNIK SLEDZIL CIE, GROZIL LUB SKLADAL NIEZAPOWIEDZIANE WIZYTY W MIEJSCU PRACY, SZKOLE LUB W INNYM MIEJSCU?                        | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13.   | CZY POSIADASZ INFORMACJE O NAKAZIE SADOWYM PRZECIWKO NAPASTNIKOWI?  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|              |   |                                 |                       |
|--------------|---|---------------------------------|-----------------------|
| ODSTA-PIENIE | PRZYJMUJE DO WIADOMOSCI, ZE PODPISUJAC NINIEJSZY FORMULARZ, I ZEZWOLIC NA CHICAGOWSKIEJ POLICJI DO OCENY MÓJ PRZEMOCY DOMOWEJ INFORMACJE <b>RODZINA RESCUE LUB POLACZENIA DLA MALTRETOWANYCH KOBIET I ICH DZIECI (CAWC)</b> , KTÓRY ZAPEWNI POMOC TECHNICZNA DLA OFIAR PRZEMOCY W RODZINIE I ZE MOZE SKONTAKTOWAC SIE ZE MNA. |                                 |                       |
|              | PODPIS _____ DATA _____   | <input type="checkbox"/> ODMOWA | OFIARY INICJALY _____ |

AFTER THE VICTIM WAS ADVISED OF POSSIBLE RISK OF HARM, DID THE VICTIM SPEAK TO THE DOMESTIC VIOLENCE HOT LINE AT 1-877-863-6338 OR 1-877-863-6339 (TTY)?  YES  NO

DURING THIS INCIDENT, DID THE OFFENDER USE OR THREATEN TO USE A WEAPON AGAINST THE VICTIM; THREATEN TO KILL THE VICTIM, THEIR CHILDREN OR SOMEONE THEY CARE ABOUT; OR TRY TO CHOKE THE VICTIM?  YES  NO

|                                     |                                       |                                     |                       |        |      |
|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|--------|------|
| EMAILED TO THE BUREAU OF DETECTIVES |                                       |                                     |                       | RD NO. |      |
| <input type="checkbox"/> AREA NORTH | <input type="checkbox"/> AREA CENTRAL | <input type="checkbox"/> AREA SOUTH | DATE                  |        | TIME |
| OFFICER'S NAME (PRINT LAST, FIRST)  | SIGNATURE                             | STAR NO.                            | DATE & TIME SUBMITTED |        |      |
| OFFICER'S NAME (PRINT LAST, FIRST)  | SIGNATURE                             | STAR NO.                            | DATE & TIME SUBMITTED |        |      |
| APPROVING SUPERVISOR (PRINT)        | SIGNATURE                             | STAR NO.                            | DATE & TIME APPROVED  |        |      |

| FOR REVIEW USE ONLY  |   |  |      |
|--|---|--|------|
| EMAILED TO THE RESEARCH & DEVELOPMENT DIVISION <input type="checkbox"/>                        | EMAILED TO THE STATE'S ATTORNEY'S OFFICE <input type="checkbox"/> |  |      |
| DATE   | TIME  | DATE   | TIME |
| <input type="checkbox"/> 14TH DISTRICT   |   | <input type="checkbox"/> 3RD DISTRICT OR <input type="checkbox"/> 4TH DISTRICT |      |
| EMAILED TO THE CONNECTIONS FOR ABUSED WOMEN AND THEIR CHILDREN (CAWC) <input type="checkbox"/> | EMAILED TO FAMILY RESCUE <input type="checkbox"/>                 |  |      |
| DATE   | TIME  | DATE   | TIME |