

# DOMESTIC VIOLENCE ASSESSMENT

Chicago Police Department

INCIDENT INFORMATION	DATE OF OCCURRENCE		TIME OF OCCURRENCE	ADDRESS OF INCIDENT		
	BEAT OF OCCUR.	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? <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? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	

VALORACIÓN		<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>SIN RESPUESTA</b>	
	1.	ALGUNA VEZ EL AGRESOR HA USADO O AMENAZADO CON USAR UN ARMA CONTRA USTED, SUS HIJOS O ALGUIEN QUERIDO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.	EL AGRESOR HA AMENAZADO CON MATARLO A USTED, A SUS HIJOS O A ALGUIEN QUERIDO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.	EL AGRESOR ALGUNA VEZ HA TRATADO DE ESTRANGULARLO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4.	EL AGRESOR PUEDE CONSEGUIR FÁCILMENTE UNA PISTOLA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5.	EL AGRESOR ALGUNA VEZ HA IMPEDIDO QUE USTED SALGA, QUE BUSQUE AYUDA O QUE LLAME A LA POLICÍA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6.	EL AGRESOR ESTÁ CELOSO DE MANERA CONSTANTE O VIOLENTA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7.	EL AGRESOR LE CONTROLA LA MAYORÍA DE SUS ACTIVIDADES DIARIAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8.	SE HA SEPARADO O HA DEJADO AL AGRESOR DEBIDO A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA O AL ABUSO DESPUÉS DE VIVIR JUNTOS O DE ESTAR CASADOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9.	EL AGRESOR HA TENIDO CAMBIOS RECIENTES QUE LE HAYAN PROVOCADO MÁS ESTRÉS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10.	EL AGRESOR HA INTENTADO O HA AMENAZADO CON SUICIDARSE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11.	TIENE USTED ALGÚN HIJO QUE NO SEA DEL AGRESOR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12.	EL AGRESOR LE HA SEGUIDO, HA AMENAZADO O HA IDO SIN AVISAR A SU LUGAR DE TRABAJO, A SU ESCUELA O A ALGÚN OTRO LUGAR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13.	SABE USTED SI HAY UNA ORDEN JUDICIAL EN CONTRA DEL AGRESOR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERMISO	ENTIENDO QUE AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, AUTORIZO AL DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE CHICAGO PARA PROPORCIONAR MI INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA A <b>RED FAMILIA RESCATE O CONEXIONES PARA LAS MUJERES MALTRATADAS Y SUS NIÑOS (CAWC)</b> QUE PROPORCIONAN SUPPORT SERVICES A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA Y QUE ME PUEDEN CONTACTAR.		
	FIRMA _____ FECHA _____	<input type="checkbox"/> RECHAZADO _____	INICIALES DE LA VÍCTIMA _____

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