FORMULARIO PARA DENUNCIA DE VIOLENCIA FAMILIAR
(LEY 12.569)

DEPENDENCIA/ORGANO ACTUANTE: Fecha: Hora:
JUZGADO DE PAZ/FAMILIA AL QUE SE DARÁ INTERVENCIÓN:
DENUNCIA PENAL: SI NO **U.F.I. n°:**
Juzgado de Garantías Interviniente : Localidad:
Causa nro.: Fecha:
INTERVENCIÓN DEL SERVICIO DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE DERECHOS NNyA: SI NO

I .– DENUNCIANTE:(completar cuando el/la denunciante sea diferente a la victima)

APELLIDO: NOMBRE:
DOCUMENTO DE IDENTIDAD N°: EXHIBE: SI NO NO TIENE
NACIONALIDAD: FECHA DE NACIMIENTO:
VINCULO CON LA VICTIMA:
REPRESENTA A UNA INSTITUCIÓN: SI NO CUAL? CARGO:
DOMICILIO HABITUAL: Calle: n° Piso/Depto. Barrio Localidad Partido
TELEFONOS:
PIDE RESERVA DE IDENTIDAD? SI NO

II.- VICTIMA:

APELLIDO: NOMBRE:
APELLIDO MATERNO:
APODO:
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:
NACIONALIDAD: ESTADO CIVIL:
DOCUMENTO DE IDENTIDAD N°: EXHIBE: SI NO NO TIENE
SEXO/GENERO:
OCUPACION: SI NO CUAL? TRABAJO INFORMAL? SI NO CUAL?
AMA DE CASA: SI NO
INGRESOS PROPIOS?: SI NO
NIVEL EDUCATIVO: Analfabeto/a: SI NO
a) Primaria: completa/ incompleta b) Secundaria: completa/ incompleta c) Terciaria/universitaria: completa/ incompleta
COBERTURA DE SALUD: a) Obra Social/ Mutual b) Prepaga c) Sistema Público
Es adherente o titular?
BENEFICIO O PLAN SOCIAL: SI NO
DOMICILIO HABITUAL: (en caso de domicilio de difícil acceso o identificación, adjuntar croquis con referencias)
Calle: n° Piso/Depto. Barrio Localidad Partido
DOMICILIO TRANSITORIO/DE RESGUARDO: (el que actualmente ocupa y donde podrá encontrárselo/la ante posibles notificaciones; en caso de difícil acceso o identificación, adjuntar croquis con referencias)

TELEFONO PARTICULAR: TELEFONO CELULAR:
HORARIO EN QUE PUEDE SER CONTACTADA/O:
TELEFONO Y DIRECCION DE UNA PERSONA DE REFERENCIA:

EL DENUNCIADO ES SU:

a) Esposo/a d) Ex Pareja conviviente g) Padre/Madre j) Otro (especificar)
b) Ex esposo/a e) Novio/a h) Hijo/a
c) Pareja conviviente f) Ex novio/a i) Hermano/a

CONVIVE ACTUALMENTE CON EL AGRESOR? SI NO
VIVIENDA a) Propia b) Del agresor c) De ambos d) Alquilada e) Prestada/cedida f) Tenencia precaria
¿COMPARTE ESA VIVIENDA CON OTRO GRUPO FAMILIAR? SI NO

III.-DENUNCIADO/A:

APELLIDO: NOMBRE:
APELLIDO MATERNO:
APODO:
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:
NACIONALIDAD:
DOCUMENTO DE IDENTIDAD N°:
SEXO/GENERO:
OCUPACION: SI NO CUAL?
INGRESOS PROPIOS: SI NO
COBERTURA DE SALUD: a) Obra Social/ Mutual b) Prepaga c) Sistema Público
PERTENECE O PERTENECIO A FUERZAS ARMADAS/SEGURIDAD O POLICIAL?: SI NO
CUAL?
DOMICILIO HABITUAL: (en caso de domicilio de dificil acceso o identificación, adjuntar croquis con referencia)
Calle: n° Piso/Depto. Barrio Localidad Partido
DOMICILIO DE TRABAJO:
Calle: n° Piso/Depto. Barrio Localidad Partido
TELEFONO PARTICULAR/CELULAR/ LABORAL:

IV- RELATO DE LOS HECHOS: (en caso de efectuar ademas denuncia penal, solamente adjuntar copia de la misma)

V.-COMPOSICION DEL GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE:

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	SEXO/GÉNERO	VINCULO	Es discapacitado/a?	Es víctima directa de los actos de violencia?	Es testigo de los actos de violencia?

Hijos/as no convivientes? SI NO Edades: Conviven alternadamente con Ud.? SI NO

VI.-DATOS DE INTERES

a) Tipo de violencia (marcar una o más opciones): a) Física b) Psicológica/Emocional c) Económica/Patrimonial d) Sexual/Reproductiva

b) Frecuencia de los actos de violencia:

a) Primera vez
b) Todos los días
c) Todas las semanas
d) Una vez por mes
e) Una vez por año

c) Aumentó la frecuencia de los actos de violencia en los últimos 2 meses? SI NO NO SABE

d) La víctima está embarazada? SI NO NO SABE

e) La víctima es discapacitada? SI NO NO SABE

f) La víctima ha recibido asistencia médica a causa de la violencia? SI NO NO SABE

g) El agresor tiene antecedentes penales o causas penales en trámite? SI NO NO SABE

h) El agresor consume abusivamente alcohol? SI NO NO SABE

I) El agresor consume sustancias adictivas? SI NO NO SABE

j) El agresor se encuentra bajo tratamiento psiquiátrico y/o tiene diagnosticada alguna enfermedad mental? SI NO NO SABE

k) El agresor tiene antecedentes de actos de violencia o amenazas hacia otras personas? SI NO NO SABE

l) El agresor tiene armas de fuego? SI NO NO SABE

m) El agresor utilizó armas intimidatoriamente? SI NO NO SABE

n) El agresor amenazó a la victima de muerte o de lesionarla gravemente? SI NO NO SABE

ñ) El agresor ha intentado/amenazado con suicidarse? SI NO NO SABE

o) El agresor es jugador/a compulsivo? SI NO NO SABE

VII.- DENUNCIAS ANTERIORES:

Efectuada ante: Fecha:

Juzgado interviniente: a) Paz b)Familia c)Civil y Comercial d)Penal

Otros procesos en trámite que lo/a vincula al denunciado/a: SI NO CUALES?

Se dictó alguna medida de protección y/o asistencial? SI NO CUAL?

VIII.- OTROS DATOS DE INTERES:

1) Testigos de los hechos: SI NO
Nombre y apellido:
Domicilio:
2) Tiene abogado/a? SI NO Apellido y nombre:
3) Adjunta informe de equipo interdisciplinario de Comisaría de la Mujer y la Familia? SI NO
De otros organismos? SI NO

IX.-MEDIDAS SOLICITADAS:

a) Exclusión del hogar: SI NO
b) Prohibición de acceso/acercamiento al hogar y lugares de trabajo, estudio y esparcimiento: SI NO
b.1) Perímetro de exclusión: SI NO
c) Reintegro de la víctima al hogar: SI NO
d) Restitución de los efectos personales de la víctima: SI NO
e) Asistencia legal, médica y/o psicológica: SI NO
f) Guarda provisoria (víctimas vulnerables): SI NO
g) Alimentos, custodia provisoria y régimen de comunicación: SI NO
h) Secuestro de armas, prohibición de comprar o tener armas: SI NO
i) Cese de los actos de perturbación o intimidación directa o indirecta: SI NO
j) Otras: Cuáles?

Se hace entrega de material informativo al/la denunciante y se lo/a notifica que la presente denuncia será remitida al Juzgado de.....donde continuará su trámite, quien lee íntegramente la presente, firmando a continuación.

Firma denunciante

Firma funcionario/a

La falta de alguno de los datos previstos en este formulario no impedirá la toma de la denuncia y/o la tramitación de la misma.