

Proyecto de Investigaciones para la Protección Infantil

(*CPI por sus siglas en inglés*)

Remisión para servicios

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

Nombre de la persona remitida

Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Prefiero y autorizo a Women In Distress of Broward County para que se comunique conmigo para revisar los servicios o hacer planes de seguridad. Mi número seguro es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (móvil, trabajo, casa, otro).

\_\_\_\_\_ Prefiero llamar a Women In Distress of Broward County personalmente en

(954) 760 9800.

Autorización de contacto

Por medio de mi firma en la remisión siguiente, solicito al defensor de violencia doméstica y bienestar infantil de Women in Distress of Broward County que se comunique conmigo para ofrecerme apoyo, recursos, información, servicios y planificación de seguridad para mí y para mis hijos. Entiendo que tengo la opción de acceder a los servicios por medio de Women in Distress of Broward County sin importar si firmo o no este referido.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de la víctima Fecha de hoy

Agencia que remite:

Agencia que remite: No. de investigación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Persona de contacto: \_\_ No. de teléfono \_\_\_\_\_