

**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



LIMPIAR



IMPRIMIR



GUARDAR

\*Campos obligatorios

| Página 2/7

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 Violencia**Tipo 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 Judicial**Estado 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)