

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		SÍ	NO	SIN RESPUESTA
	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 (RED FAMILIA RESCATE O LÍNEA DIRECTA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA DE ILLINOIS) 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	
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 DOMESTIC VIOLENCE HOTLINE <input type="checkbox"/>		EMAILED TO FAMILY RESCUE <input type="checkbox"/>		
DATE	TIME	DATE	TIME	