

DOMESTIC VIOLENCE ASSESSMENT

Chicago Police Department

INCIDENT INFORMATION	DATE OF OCCURRENCE		TIME OF OCCURRENCE		ADDRESS OF INCIDENT	
	BEAT OF OCCURRENCE		BEAT OF ASSIGN.		EVENT NO.	
					R D NO.	
	VICTIM'S NAME (LAST, FIRST)					PHONE NO.
	RELATIONSHIP TO OFFENDER				PRIMARY LANGUAGE SPOKEN	INTERPRETER NEEDED? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
OFFENDER'S NAME (LAST, FIRST)				DESCRIPTION		IF NEEDED, REFER TO SPECIAL ORDER S02-01-05 "LIMITED ENGLISH PROFICIENCY" IS OFFENDER IN CUSTODY? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

OCENA		TAK	NIE	BRAK ODPOWIEDZI
	1. GDY NAPASTNIK KIEDYKOLWIEK UZYWAL LUB GROZIL UZYCIEM BRONI WOBEC CIEBIE, TWOICH DZIECI LUB OSOBY NA KTÓREJ CI ZALEZY?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. CZY NAPASTNIK GROZIL ZE ZABIJE CIEBIE, TWOJE DZIECI LUB OSOBE NA KTÓREJ CI ZALEZY?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. CZY NAPASTNIK KIEDYKOLWIEK PRÓBOWAL CIE UDUSIC?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. CZY NAPASTNIK MOZE Z LATWOSCIA ZDOBYC BRON?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. CZY NAPASTNIK KIEDYKOLWIEK UNIEMOZLIWIAL CI ODEJSCIE, SZUKANIE POMOCY LUB ZADZWONIEC NA POLICJE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. CZY NAPASTNIK MIEWA GWALTOWNE NAPADY ZAZDROSCI LUB JEST CIAGLE ZAZDROSNY?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. CZY NAPASTNIK KONTROLUJE WIEKSZOSC TWOICH CODZIENNYCH CZYNNOSCI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. CZY ROZEJSCIE LUB SEPARACJA Z NAPASTNIKIEM PO OKRESIE WSPÓLNEGO ZYCIA LUB MALZENSTWA SPOWODOWANA BYLA PRZEMOCA DOMOWA LUB MALTRETOWANIEM?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9. CZY WZYCIU NAPASTNIKA NASTAPIŁY NIEDAWNO ZMIANY, KTÓRE WYWOŁAŁY WIEKSZY STRES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10. CZY NAPASTNIK PRÓBOWAL LUB GROZIL, ZE POPELNI SAMOBÓJSTWO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11. CZY MASZ DZIECKO, KTÓRE NIE JEST DZIECKIEM NAPASTNIKA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12. CZY NAPASTNIK SLEDZIL CIE, GROZIL LUB SKLADAL NIEZAPOWIEDZIANE WIZYTY W MIEJSCU PRACY, SZKOLE LUB W INNYM MIEJSCU?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13. CZY POSIADASZ INFORMACJE O NAKAZIE SADOWYM PRZECIWKO NAPASTNIKOWI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ODSTĄPIENIE	PRZYJMUJE DO WIADOMOSCI, ZE PODPISUJAC NINIEJSZY FORMULARZ, I ZEZWOLIĆ NA CHICAGOWSKIEJ POLICJI DO OCENY MÓJ PRZEMOCY DOMOWEJ INFORMACJE (RODZINA RESCUE LUB ILLINOIS PRZEMOCY HOTLINE), KTÓRY ZAPEWNI POMOC TECHNICZNA DLA OFIAR PRZEMOCY W RODZINIE I ZE MOZE SKONTAKTOWAC SIE ZE MNA.	
	PODPIS _____ DATA _____ <input type="checkbox"/> ODMOWA _____ OFIARY INICJALY _____	

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		