Favor mandar este formulario por correo electrónico a: [info@libertascenter.net](mailto:info@libertascenter.net) o fax: 718-334-6208

Formulario de Referencia - Centro Libertas Fecha de referencia:

Datos del cliente que busca servicios

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre |  | Fecha de llegada a los EEUU |  |
| Apellido |  | ¿Permiso de trabajo? | Sí ☐ No |
| Fecha de nacimiento |  | ¿Alojamiento estable? | * Sí ☐ No |
| País de origen |  | Número de expediente médico (si tiene) |  |
| Género |  | Alien # |  |

Como contactar el cliente que busca servicios

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Podemos contactar el cliente? | Sí ☐ No Correo-electrón | ico |
| Número de teléfono | Dirección | |
| Idioma primario | ¿Cliente prefier | e un intérprete? ☐ Sí ☐ No |

Como contactar la fuente de referencia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Agencia de referencia |  | Nombre y título de referencia |  |
| Teléfono de referencia |  | Correo-electrónico de referencia |  |

¿Qué servicios necesita el cliente? (marque todos que aplican)

* Atención médica
* Asistencia psicológica
* Servicios sociales

☐Servicios legales

* Declaración jurada (medica) ☐ Declaración jurada (psicológica) Fecha límite para los documentos:\_

Historia del cliente que busca servicios

|  |
| --- |
| ¿El cliente sufrió daño? ☐ Sí ☐ No ¿En qué país sufrió daño? |
| ¿Dónde sucedió el daño? (*El cárcel, base militar, escuela, en casa, etc ...)* |
| ¿Quién hizo daño al cliente? (*policía, militares, pandilla, partido político, familia, etc..)* |
| ¿El cliente denució su persecucion a la policia? ☐ Sí ☐ No |
| ¿Qué daño sufrió el cliente? *(amenazas de muerte, palizas, asalto, agresión sexual , etc..)* |
| Mes/Año cuando empezó el daño: |

*Por favor describe brevemente la persecution o tortura:*

¿El cliente ya está recibiendo algunos servicios?

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de agencia | Nombre de agencia |
| Servicios sociales | * Asistencia psicológica |
| * Atención médica | * Apoyo legal |
| * Otro |  |
| ¿El cliente ya esta recibiendo servicios en el Programa para sobreviventes de tortura de “Bellevue Hospital”? ☐ Sí ☐ No | |

Caso legal

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Si ha aplicado para asilo político, cuando aplicó? |  |
| ¿Si tiene audiencia con la corte, cual es la feche? |  |
| Nombre, teléfono y correo electrónico de abogado |  |

**Favor Adjuntar la declaración personal, la aplicación I-589, e informes relacionada con la historia de persecución.**

# Centro Libertas, Formulario de Referencia, Mayo 2017