## [Enter a neutral provider and/or housing assistance program/fund name]

Ley de violencia contra las mujeres (VAWA): Formulario de Traslado de Emergencia

*A pesar del nombre de esta ley, la protección de la VAWA es válida sin importar el sexo, la identidad de género o la orientación sexual. Los proveedores de vivienda no pueden discriminar con base en ninguna de las características protegidas, incluidas la raza, el color, el origen nacional, la religión, el sexo, el estatus familiar, la discapacidad, o la edad. La vivienda tanto asistida como asegurada por el HUD debe estar al alcance de todos los individuos que por lo demás sean elegibles, sin importar la orientación sexual real o percibida, la identidad de género o el estado civil.*

**El propósito de este formulario**

Si usted es un superviviente de violencia doméstica, violencia entre parejas, agresión sexual, o acoso, y está tratando de obtener un traslado de emergencia, puede usar este formulario para solicitar un traslado de emergencia y certificar que usted reúne los requisitos de elegibilidad para un traslado de emergencia según la Ley de Violencia contra las Mujeres (VAWA). Si bien la denominación estatutaria hace referencia a las mujeres, los derechos y las protecciones de la VAWA son aplicables a todos los supervivientes de violencia doméstica, violencia entre parejas, agresión sexual, o acoso. El uso de este formulario no necesariamente significa que usted vaya a recibir un traslado de emergencia. Vea el plan de traslado de emergencia de [Enter a neutral provider and/or housing assistance program/fund name] del programa (“Program’s”) para obtener más información sobre la disponibilidad de traslados de emergencia.

**Criterios para el traslado de emergencia**

1. *Usted es un superviviente de violencia doméstica, violencia entre parejas, agresión sexual, o acoso.* Si el Programa no ha recibido ya la documentación que acredite que usted es un superviviente de violencia doméstica, violencia entre parejas, agresión sexual, o acoso, es probable que el Programa le pida a usted esa documentación, como se describe en la sección sobre documentación que aparece más adelante.
2. *Usted solicita de manera expresa el traslado de emergencia.* El Programa podría decidir pedirle a usted que presente un formulario, o podría aceptar otra solicitud ya sea por escrito u oral.

***\*Y TAMBIÉN\****

1. Cualquiera de estas dos situaciones:
   1. *Usted piensa de manera razonable que está en peligro de recibir un daño inminente a causa de más violencia si permanece en la unidad en que se encuentra actualmente.* Esto significa que usted tiene motivos para temer que si no recibe un traslado será objeto de más violencia en un futuro muy próximo.

***\*O BIEN\****

* 1. *Usted es un superviviente de agresión sexual y la agresión ocurrió en las instalaciones durante un periodo de 90 días del calendario anteriores a la fecha en que usted solicitó un traslado.* Si usted es un superviviente de agresión sexual, entonces, además de cumplir con los requisitos para un traslado de emergencia debido a que piensa razonablemente que está en peligro de sufrir un daño inminente a causa de más violencia si permanece en su unidad, podría cumplir los requisitos para un traslado de emergencia si la agresión sexual tuvo lugar en las instalaciones de la propiedad de la cual está tratando de obtener el traslado, y esa agresión ocurrió dentro de un periodo de 90 días del calendario anteriores a la fecha en que usted pidió de manera expresa el traslado.

**Presentación de la documentación**

Si usted tiene documentación de terceros que demuestre el porqué reúne los requisitos para un traslado de emergencia, debe presentar esa documentación al Programa si es que esto no representa un peligro para usted. Ejemplos de documentación de terceros son, entre otros: Una carta u otra documentación de un proveedor de servicios a supervivientes, un trabajador social, un proveedor de asistencia legal, un consejero espiritual, un proveedor de servicios de salud mental, u otro profesional de quien usted haya buscado ayuda; una orden de restricción vigente; una orden reciente del tribunal u otros documentos del tribunal; un informe o documentos de una oficina del orden público; documentos de comunicación del perpetrador de la violencia, o de familiares o amigos del perpetrador de la violencia, incluidos e-mails, mensajes de voz, mensajes de texto, y mensajes en las redes sociales.

**Confidencialidad**

Toda la información proporcionada al propietario o al Programa relacionada con el o los incidentes de violencia doméstica, violencia entre parejas, agresión sexual, o acoso se mantendrá como confidencial y tales detalles no serán ingresados en ninguna base de datos compartida. Los empleados del propietario o del Programa no pueden tener acceso a estos detalles a menos que sea para concederle o negarle a usted las protecciones de la VAWA, y esos empleados no podrán divulgar esta información a ninguna otra entidad o individuo, excepto en la medida en que esa divulgación haya sido:

1. Autorizada por escrito por usted en una declaración con límite de tiempo;
2. Requerida para su uso en un proceso de desalojo o en una audiencia relacionada con la suspensión de la ayuda; o
3. Requerida por otras razones por la ley correspondiente.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Traslado de emergencia para supervivientes de**  **violencia doméstica, violencia entre parejas, agresión sexual, o acoso** | | | | | | | |
| **Formulario de la VAWA** | | | | | | | |
| ***Este formulario puede ser rellenado por el superviviente de violencia doméstica, violencia entre parejas, agresión sexual, o acoso, o por alguien en su nombre.*** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Certificación** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 1 | Nombre del superviviente que solicita un traslado de emergencia: |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
| 2 | El nombre de usted (en caso de que sea distinto al nombre del superviviente): |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
| 3 | Nombre del otro u otros miembros del hogar en el contrato de arrendamiento: |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
| 4 | Nombre del otro u otros miembros del hogar que se trasladarían junto con el superviviente: |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
| 5 | Domicilio físico desde donde el superviviente busca obtener el traslado: |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
| 6 | Nombre del perpetrador acusado (en caso de que se conozca y pueda divulgarse sin riesgo): |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
| 7 | Relación del perpetrador acusado con el superviviente: |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
| 8 | Fecha(s) y hora(s) del o los incidentes (si se conocen): |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
| 9 | Lugar donde ocurrió el o los incidentes: |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
| 10 | Domicilio o número telefónico para contactar al superviviente: |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
| 11 | Si se proporcionan de manera voluntaria, haga una lista de los documentos de terceros que está proporcionando con este formulario: |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
| 12 | ¿La persona que está solicitando el traslado es un superviviente de una agresión sexual que haya ocurrido en los últimos 90 días en las instalaciones de la propiedad desde donde el superviviente está buscando obtener un traslado? Si la respuesta es *sí*, sáltese la sección que aparece aquí abajo. Si la respuesta es *no*, conteste la sección que aparece aquí abajo. | |  |  | Sí |  | No |
|  |  | |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |  | |  |  | |  |
| **Describa brevemente por qué el superviviente piensa que existe un peligro real e inminente si permanece en la unidad donde actualmente se encuentra:** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Certifico que la información proporcionada en este formulario es verídica y correcta según mi leal saber y entender, y que el individuo cuyo nombre aparece arriba en el Apartado 1 es o ha sido un superviviente de violencia doméstica, violencia entre parejas, agresión sexual, o acoso. Estoy enterado de que el hecho de proporcionar información falsa puede poner en riesgo la elegibilidad para el programa y podría ser la base para que se me niegue la admisión, o para la suspensión de la ayuda, o el desalojo.** | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | |  | |
| Nombre del  superviviente/representante: | |  | | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | |
| Firma del superviviente/representante: | |  | | | Fecha: | | |  | |