

# PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CONTRA LA VIOLENCIA/BIPP

7911 Broadway ♦ San Antonio ♦ Texas ♦ 78209 ♦ (210)930-3669

## Contrato de Participación

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_  
(1er Nombre) (2do Nombre) (Apellido)

Por Favor lea y ponga sus iniciales:

\_\_\_\_\_ Fui enviado por  probation  parole  pre-trial  otro \_\_\_\_\_ decidí participar en el Programa de intervención contra la violencia/BIPP del Family Violence Prevention Services (FVPS), Inc.

\_\_\_\_\_ Comprendo que, si me inscribo como voluntario, no recibiré una carta de finalización o un certificado al finalizar el programa. Si es referido en una fecha posterior, entiendo que debo firmar una Divulgación de Información para ese referido.

\_\_\_\_\_ Comprendo que, Si mi caso se cierra en cualquier momento en el Programa, puedo continuar como pago por cuenta propia y recibir mi certificado.

\_\_\_\_\_ Comprendo que uno de los requerimientos para mi participación en este programa es hablar sobre mi uso de la violencia y mi comportamiento abusivo y que acepte completa responsabilidad por mis acciones.

\_\_\_\_\_ Comprendo que debo asistir a un mínimo de 24 sesiones grupales (2 horas/ semana, una vez a la semana) en:

7911 Broadway, SA, TX 78209

Las sesiones grupales se reúnen los (día/ hora) \_\_\_\_\_  
Iniciando el \_\_\_\_\_. El nombre de su consejero/ facilitador es \_\_\_\_\_ y su número telefónico es (210) 930-3669, ext. \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Comprendo que debo comunicarme con el FVPS, Inc. BIPP si voy a faltar y que debo recuperar las clases perdidas. **Comprendo que tendré que pagar por todas las clases perdidas.** Comprendo que no puedo faltar a más de 3 clases durante mi participación en el programa. **Mi cuarta ausencia resultará en mi suspensión del programa** y, si la corte lo ordena, se me referirá a la corte.

\_\_\_\_\_ Comprendo que el costo de participación en el programa es de:

Costo de Registración \$23

Costo de Fotografía \$2

Costo de cada Sesión Grupal \$25

\_\_\_\_\_ Comprendo que, en el caso de ser suspendido del programa, el costo de reinscripción será de \$23 más cualquier balance debido.

\_\_\_\_\_ **Comprendo que tengo hasta 14 minutos después del comienzo de la sesión para entrar a la clase, que por cada llegada tarde a clase, tendré que pagar un cargo por demora de \$5.**

\_\_\_\_\_ Comprendo que, si no tengo acceso a la dirección de la víctima, tendré que pagar \$5 por una declaración jurada ante un notario.

\_\_\_\_\_ Comprendo que todos los cargos deberán ser pagados para completar el programa y para recibir la constancia de cumplimiento. Comprendo que tengo hasta dos semanas después de mi última sesión para completar los pagos, de otra manera seré suspendido del programa.

\_\_\_\_\_ Comprendo que mi sesión **no contara (DNC)** (y la tendré que reponer) o seré suspendido del programa si uso mi celular, olvido mi tarea, o creo interrupciones dentro o fuera de la clase.

\_\_\_\_\_ Comprendo que solo puedo transferirme a otro grupo permanentemente **una vez**.

\_\_\_\_\_ Comprendo que, si llego más de 15 minutos tarde a mi sesión, no podré entrar a la clase y contará como una ausencia.

\_\_\_\_\_ Comprendo que los facilitadores reportarán mi asistencia, cualquier acto de violencia, una evaluación de mi progreso y cualquier nuevo acto de violencia reportado a mi fuente de referencia cada mes. FVPS, Inc. BIPP también puede reportar cualquier comentario o comportamiento que severamente impida la habilidad de aprendizaje de otros participantes. Los expedientes del caso están sujetos a citación. **Cualquier violación a las Condiciones de Libertad Condicional o a las Órdenes de Protección Civil será motivo de suspensión o terminación del programa.**

\_\_\_\_\_ Comprendo que FVPS, Inc. BIPP contactará a (víctima) \_\_\_\_\_ para informarle de mi registración, cumplimiento del programa, y proveerle el nombre de mi facilitador. También le ofrecerán servicios de nuestra agencia.

\_\_\_\_\_ Comprendo que debo notificarle a FVPS, Inc. BIPP acerca de cualquier cambio en mi número telefónico odirección. Es mi responsabilidad mantener esa información actualizada.

\_\_\_\_\_ Comprendo que debo notificarle a FVPS, Inc. BIPP acerca de cualquier otro contacto policial, servicio de una orden de protección o cualquier nuevo cargo pendiente.

\_\_\_\_\_ Comprendo que FVPS, Inc. BIPP tiene la obligación de reportar cualquier presunto acto de abuso o negligencia infantil, cualquier preocupación por mi seguridad o la seguridad de otros, o reportes de violencia adicional.

\_\_\_\_\_ Acepto no usar violencia con ninguna persona durante mi participación en el BIPP.

\_\_\_\_\_ Acepto no consumir alcohol o usar medicamentos no recetados y acepto no usar drogas durante el BIPP.

\_\_\_\_\_ Comprendo que la participación en el BIPP no garantiza el fin de la violencia en el futuro. Solo yo puedo prevenir cualquier futuro acto de violencia.

\_\_\_\_\_ Comprendo que debo vestirme apropiadamente y evitar usar ropa reveladora. Las camisas con tirantes delgados, camisas sin mangas, y camisetas con imágenes y/o frases inapropiadas están prohibidas. Los shorts y/o faldas a la rodilla son apropiados. Los pantalones de mezclilla con hoyos o deshilachados están prohibidos. No usar cachuchas, gorros o sudaderas con capucha durante sesión. No usar gafas de sol durante sesión. Por favor no utilice perfumes o lociones con aromas fuertes ya que existe la posibilidad de que alguien sea alérgico.

He leído este contrato y comprendo los requerimientos del FVPS, Inc. Programa de intervención contra la violencia/BIPP

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Firma del Facilitador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# BIPP Forma de Reinscripción

7911 Broadway ♦ San Antonio ♦ Texas ♦ 78209 ♦ (210)930-3669

Información del Participante			
1er Nombre	2nd Nombre	Apellido	Fecha / /
Dirección			Fecha de Referencia / /
Ciudad	Estado		Código Postal
Teléfono ( )		Celular ( )	
Correo Electrónico:		¿Empleado? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
# de Seguro Social	Fecha de Nacimiento / /		Edad
SID #	Número de Identificación		Estado
Género <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Hombre Transgénero <input type="checkbox"/> Mujer Transgénero <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> Otro _____			
Raza/ Grupo Étnico: <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro _____			
Nombre de la víctima:		Edad:	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Género de la persona con quien fuiste violento: <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Hombre Transgénero <input type="checkbox"/> Mujer Transgénero <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> Desconocido			
¿Cuál es su relación con la víctima? <input type="checkbox"/> Esposa (o) <input checked="" type="checkbox"/> Ex esposa (o), Ex pareja (o) <input type="checkbox"/> Pareja (viviendo juntos) <input type="checkbox"/> Pareja (no viviendo juntos) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hijo (a) <input type="checkbox"/> Otro Familiar _____			
Fuente de Referencia:			
Teléfono o Correo Electrónico:			
Contacto de Emergencia Nombre:			
Contacto de Emergencia número de teléfono:		Relación a usted:	
¿Hay niños viviendo en el hogar? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si, dar information de los niños	
Nombre	Edad	¿ Relación?	

¿Alguna vez ha sido acusado o condenado por abuso o negligencia hacia un niño?  Sí  No ¿Sí es así cuándo? \_\_\_\_\_

Por favor describa: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha estado o está involucrado actualmente con los Servicios de Protección Infantil?  Sí  No ¿Sí es así cuándo? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez le pusieron una orden de protección en su contra?  Sí  No ¿Sí es así cuándo? \_\_\_\_\_

En los últimos seis meses, su relación:

Ha sido más violenta

Tiene más o menos el mismo nivel de violencia

Ha sido menos violenta

¿Alguna vez ha pensado en herirse y/o suicidarse?  Sí  No

¿Si es así, cuando? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha pensado en herir o matar a alguien más?  Sí  No

¿Si es así, cuando? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha intentado suicidarse?  Sí  No

¿Si es así, cuando? \_\_\_\_\_

¿Actualmente, está tomando algún medicamento con receta?  Sí  No

Si es así, favor enlistar los medicamentos \_\_\_\_\_

¿Para qué son los medicamentos? \_\_\_\_\_

Por favor describa su consumo habitual de alcohol y drogas: \_\_\_\_\_

¿Piensa usted que su consumo actual de alcohol/ drogas es excesivo?

Sí  No

¿Alguna vez ha tenido una evaluación de dependencia de drogas y/o alcohol?

Sí  No

¿Alguna vez ha recibido tratamiento por dependencia de drogas y/o alcohol?

Sí  No

Composición del hogar:  Hogar de 2 padres  Hogar de un solo padre  Individuo (sin hijos)  Pareja (sin hijos)

Otro (describir) \_

¿Cuántos Miembros hay en su hogar actualmente? \_\_\_\_\_ Cuántos dependientes tienes? \_\_\_\_\_

Por favor explique porque se está reinscribiendo hoy: \_\_\_\_\_

¿Se está reinscribiendo por la misma razón por la cual fue enviado aquí antes?  Sí  No

Si tiene nuevos cargos o casos de violencia, háganos saber para qué: \_\_\_\_\_

¿Por qué esta registración es deferente a su registración anterior? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su plan para completar el programa exitosamente? \_\_\_\_\_

Describe cualquier tipo de violencia que hayas usado en relaciones anteriores. \_\_\_\_\_

Firma del Participante/ Fecha

Firma del Facilitador/ Fecha

Group Assignment For office use only		
/ /		
Date	Day and Time	Facilitador/ Extensión