



BOSTON HOUSING AUTHORITY
 Occupancy Department
 52 Chauncy Street, 3rd Floor
 Boston, Massachusetts 02111-02375



617-988-3400
 TDD 1-800-545-1833 Ext. 420
 www.bostonhousing.org

(Esta información está disponible en un formato alternativo si es pedido.)

**CERTIFICADO POR VIOLENCIA DOMESTICA/ VIOLENCIA ENTRE PAREJAS/
 ASALTO SEXUAL O ACOSO**

PARTE I. DEBE SER COMPLETADO POR EL/LA RESIDENTE/SOLICITANTE: Residente/Solicitante por favor lea cada una de las siguientes definiciones cuidadosamente y **marque** la(s) situación(es) que le apliquen.

DEFINICION:

Violencia Doméstica – El término "violencia doméstica" incluye delitos o infracciones menores de violencia cometidas por un cónyuge actual o anterior de la víctima, por una persona con la que la víctima haya tenido un hijo en común, por una persona que cohabite o haya cohabitado con la víctima como cónyuge, por una persona que se considere cónyuge de la víctima conforme a las leyes sobre violencia doméstica o familiar de la jurisdicción que recibe fondos o por cualquier otra persona en contra de una víctima joven o adulta que esté protegida de dichos actos conforme a las leyes sobre violencia doméstica o familiar de la jurisdicción.

Violencia entre Parejas – significa violencia cometida por una persona -
 (A) que está o ha estado en una relación social de naturaleza romántica o íntima con la víctima; y
 (B) donde la existencia de tal relación será determinada basada en la consideración de los siguiente factores:
 (i) La duración de la relación.
 (ii) El tipo de relación.
 (iii) La frecuencia de la interacción entre las personas envueltas en la relación.

Asalto Sexual – significa cualquier acto sexual sin consentimiento proscrito por la ley Federal, tribal o Estatal, incluyendo cuando la víctima no puede dar consentimiento.

Acoso – significa –
 (A) (i) el seguir, perseguir, o repetidamente cometer actos con intento de matar, herir, acosar o intimidar a otra persona; y (ii) poner bajo vigilancia con el intento de matar, herir, incomodar o intimidar; y
 (B) en el curso de, o como un resultado de, tal acoso, persecución, vigilancia o actos cometidos repetidamente, para poner a una persona en temor razonable de muerte, o heridas físicas serias, o causar daño emocional substancial a
 (i) la persona
 (ii) un miembro de la familia inmediata de esa persona; o
 (iii) el/la esposo(a) o pareja íntima de esa persona

Persona afiliada - significa, con respecto a una persona –
 (A) un cónyuge, padre, hermano, hermana o hijo de esa persona, o un individuo que ha asumido el rol de padre/madre; o
 (B) cualquier persona, inquilino u ocupante legal (en el contrato de arrendamiento) que viva en el hogar de esa persona.

Perpetrador - significa persona que comete un acto de violencia doméstica, violencia entre pareja, asalto sexual o acoso.

DOCUMENTACION REQUERIDA:

El no proveer TODA la documentación requerida resultará en la denegación de la petición de prioridad.

- ◆ Entrega de este formulario completado y firmado de "Certificación de Violencia Doméstica/ Violencia entre Parejas/ o Acoso"; **y (si usted es un Solicitante y no un Residente actual de la BHA)**
- ◆ **Copia del contrato de arrendamiento** o declaración del propietario que certifique que el/los solicitante(s) son/eran residentes de la unidad de residencia en el momento en que ocurrió el presunto abuso o prueba de arrendamiento; **y (si usted es un Solicitante o Residente):**
- ◆ Un **Solicitante o Residente** puede someter documentación secundaria (Ej. Formulario de Certificación 50066de HUD, reportes policiales, órdenes de la corte, órdenes activas de restricción, etc.).

Yo, _____, (# de SS: _____ - _____ - _____), autorizo la divulgación de la información anterior a la Boston Housing Authority. También certifico que soy/era inquilino de récord en el lugar del cual me tengo/tuve que ir debido al abuso. Además, certifico que la información que estoy proporcionando es verdad bajo pena de perjurio.

Entiendo que cualquier falsificación, tergiversación u ocultación de información será considerada como razón para denegar cualquier asistencia de viviendas de la BHA.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre (Por favor use letra de imprenta): _____ **# de Cliente** _____ **(Si aplica)**

Dirección de Correo: _____ **# de Unidad** _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

****Formulario al Reverso debe ser completado por las Terceras Partes Apropriadas ****

PARTE II. DEBE SER COMPLETADO POR UN MEDICO, TRABAJADOR(A) SOCIAL AUTORIZADO O UN FUNCIONARIO DE UN REFUGIO DE VIOLENCIA DOMESTICA, TRIBUNAL DE JUSTICIA, GOBIERNO O AGENCIA DEL ORDEN PUBLICO:

NOTA: La persona que está completando este formulario DEBE estar afiliado a una agencia que interactúa regularmente con víctimas de abuso.

Nombre del Residente/Solicitante: _____ #s.s _____

Jefe de Familia (Si es Diferente): _____ #s.s _____

1. Por favor marque cuál de los siguientes describe la afirmación del residente/solicitante de:

A. Violencia física de naturaleza continua y actual o violencia por amenaza física por un miembro de la familia contra otro miembro del hogar. Por favor especifique: _____

O violencia física de naturaleza actual y continua o amenazas por una persona que no es miembro del hogar en contra del residente u otro miembro del hogar de la unidad. Por favor especifique: _____

B. Violencia entre Parejas de violencia de naturaleza actual y continua o amenaza en contra de cualquier miembro del hogar del residente de la unidad de vivienda. Por favor especifique: _____

C. Un acto sexual sin consentimiento prohibido por la ley Federal, tribal, o Estatal, incluyendo cuando la víctima no tiene consentimiento en contra de cualquier miembro del hogar del residente de la vivienda. Por favor especifique: _____

D. Acoso que sea de naturaleza continua y actual o amenaza contra de cualquier miembro del hogar del residente de la unidad de vivienda. Por favor especifique: _____

Comentarios Adicionales: _____

2. Por favor marque la declaración apropiada. La única alternativa es reubicar la familia de este residente de la vivienda actual donde la víctima es un(a) inquilino(a) de record:

A. Sí, por que _____

B. No, la(s) alternativa(s) es/son: _____

C. Nombre completo del presunto perpetrador _____
Fecha de Nacimiento _____ # S.S _____ (si está disponible).
 Cualquier dirección(es) conocida(s) donde vive el alegado perpetrador: _____

D. Fecha y Lugares donde ocurrió/ocurrieron el/los incidente(s) _____

E. Este hogar está siendo asistido por una Unidad de Violencia Doméstica o una Unidad de Asalto Sexual en: _____

Nombre del personal y número de teléfono _____

Certifico que la información anterior es correcta a mi mejor conocimiento bajo pena de perjurio.

Firma del Profesional Certificando la Situación anterior

Fecha

Nombre Escrito en letra de imprenta: _____ **Título:** _____

Nombre de la Agencia: _____

Dirección de la Agencia: _____

Número Telefónico: (_____) _____



AGENCIA CON IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE VIVIENDAS Y EMPLEO

