



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2020 - Año del General Manuel Belgrano

Anexo

Número:

Referencia: ANEXO III - PROGRAMA PARA EL APOYO URGENTE Y LA ASISTENCIA INTEGRAL INMEDIATA ANTE CASOS DE FEMICIDIO, TRAVESTICIDIO Y TRANSFEMICIDIO - Informe Social

ANEXO III

INFORME SOCIAL

1. Información sobre el vínculo entre la persona víctima de femicidio, travesticidio o transfemicidio y la/s persona/s solicitante/s

Tipo de vínculo con la persona víctima de femicidio, travesticidio o transfemicidio
Hijo/a
Progenitor/a/tutor/a
Otro/a familiar (ej. tío, primo, abuelo)
Conviviente/ integrante círculo íntimo
Otro vínculo, aclarar:

Acompaña documentación de acreditación del vínculo con la víctima: Sí / No
Tipo de documentación:

Convivencia con la/s persona/s fallecida/s: Sí / No

2. Información sobre la/s persona/s víctimas de femicidio, travesticidio o transfemicidio

Antecedentes de migración	Sí / No
Condición de refugiada	Sí / No
Pertenencia a comunidad indígena	Sí / No
Situación de trata de personas	Sí / No
Persona privada de libertad o en conflicto con la ley penal	Sí / No
Persona con afección mental y/o psiquiátrica que no sea de discapacidad	Sí / No
Persona embarazada	Sí / No
Consumo problemático de sustancias psicoactivas	Sí / No

Otras afecciones de salud	Sí, ¿cuál/les? No
Situación de calle	Sí / No
Persona con discapacidad	Sí / No
Si tenía una discapacidad, indicar cuál	

3. Información socio-ambiental sobre la/s persona/s solicitante/s

Situación ocupacional:	
¿Dispone de ingresos propios?	Sí / No
Dependía económicamente de la víctima?	Sí / No
Si dispone de ingresos propios, los mismos provienen de:	Trabajo formal Trabajo informal Relación de dependencia Cuenta propia
¿Cuenta con una red de apoyo social, familiar y/o comunitaria?	Sí / No

Acceso a la salud:

¿Qué sistema de salud utiliza frecuentemente?	Público Obra Social Privado
---	-----------------------------------

Persona con discapacidad	Sí / No
Si tiene discapacidad, indicar cuál:	
¿Tiene certificado de discapacidad?	Sí / No

Otras afecciones de salud	Sí, ¿cuál/es? NO
Actualmente recibe tratamiento psicológico?	Sí / No

Acceso a la justicia	
Actualmente cuenta con patrocinio jurídico?	Sí / No

4. Necesidades emergentes de la situación:

Asistencia psicológica	Sí / No
------------------------	---------

Asistencia económica	Sí / No
Tipo de asistencia económica	Gastos de sepelio
	Gastos asociados a trámites administrativos o judiciales
	Gastos de manutención
Asistencia para movilidad/transporte	Sí / No

5. Abordaje de asistencia integral

Se deja expresa constancia de que la persona potencial destinataria fue informada y consciente:

- a) La ayuda económica no reintegrable y no remunerativa de un total de veinte mil pesos (\$20.000) Sí / No
- b) La asistencia psicológica y/o psico-social para el grupo familiar y/o círculo íntimo que la requiriera Sí / No
- c) El asesoramiento y acompañamiento del grupo familiar y/o círculo íntimo ante instancias judiciales o administrativas Sí / No
- d) La cobertura de los traslados y/o movilidad que se requiera inmediatamente Sí / No
- e) La asistencia en la tramitación de la reparación económica para niños, niñas y adolescentes prevista en la Ley 27.452 Sí / No

6. Acreditación del vínculo

La persona potencial destinataria manifiesta con carácter de declaración jurada que solicita la incorporación en el PROGRAMA en razón del vínculo que le unía con la víctima, consignado en el punto 1.

Adjuntar al Informe Social copia del DNI o documento Identificadorio; documentación que acredita el vínculo con la víctima y certificado de defunción (en caso que las posea).

7. Confidencialidad

Se deja expresa constancia que la persona potencial destinataria fue informada y consciente a la utilización de los datos informados en el presente formulario para fines estadísticos por parte del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación. Sí / No

Observaciones

Firma y aclaración del/la profesional interviniente

Firma, aclaración y DNI de la persona potencial destinataria.