



**ESTADO DE TENNESSEE
JUNTA DE LIBERTAD CONDICIONAL
DIVISIÓN DE SERVICIOS A VÍCTIMAS**



**DECLARACIÓN DE IMPACTO A
VÍCTIMAS Y SOLICITUD DE
NOTIFICACIÓN**

Complete Este Formulario para Fines de Audiencia de Libertad Condicional

- Información que Ud. proporciona líneas abajo puede ayudar la **Junta** a entender mejor cómo han sido Ud. o sus familiares cercanos afectados por este delito.
- Esta **información** será mantenida confidencialmente.
- Solamente será revisada por los **Miembros de la Comisión y por su personal**.
- Adjunte hojas adicionales si sean necesarias. Por favor, envíe esto por correo a la Comisión en la dirección dada al final de esta declaración.
- La Junta, en su discreción, podrá investigar todas las declaraciones de impacto a víctimas que sean presentadas.
- Por favor no envíe por **correo** este formulario **antes** de la condena del delincuente.

La Víctima, su Familiar, y del Delincuente

Por favor este formulario **en su totalidad**. Si desconoce alguna información, deje el espacio en blanco.

Información de la Víctima o Familiar

Escoja Uno Sr. Sra. Srta.

Su nombre _____

Su dirección postal _____

Ciudad Estado Código Postal

Código de Área Sú número de teléfono

Casa _____

Trabajo _____

Celular _____

Correo Electrónico _____

Nombre de la Víctima _____

Individuo(s) contra quien(es) se cometió el delito:

Su parentesco con la Víctima _____

(Por ejemplo: Yo mismo, Padre, Madre Esposo(a), Hijo(a))

Información del Delincuente

Nombre del Delincuente _____

Número TOMIS (si lo conoce) _____

Sexo _____ Raza _____ Fec. de Nac. _____

Número de Seguridad Social _____

Delito(s) _____

Fecha del Delito _____

Fecha de la Condena _____

Número(s) de caso(s) _____

Condado de Delito _____

Nombre(s) del (de los) Coimputado(s)	Número(s) TOMIS
_____	_____
_____	_____
_____	_____

II. Aviso de Acciones de la Junta

Por favor avísame de todos de los siguientes: (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Audiencia de la Junta de Libertad Condicional | <input type="checkbox"/> Decisión Final de la Junta de Libertad Condicional | <input type="checkbox"/> Excrcelación bajo Libertad Condicional Supervisada |
|--|---|---|

III. Declaración de Impacto a Víctima o al Miembro de la Familia

(Por favor, adjunte hojas adicionales, si necesita más espacio.)

Excarcelación bajo Libertad Condicional

¿Cree Ud. que este delincuente debe ser dada de aexcarcelado bajo libertad condicional supervisada?

Sí

No

¿Por qué?

¿Tiene Ud. algún pedido especial si se le otorga libertad condicional a este delincuente?

Sí

No

Por favor explique por qué, brevemente

Reacción Personal de la Víctima o Familiar

Escriba cómo se siente Ud., desde la condena, acerca de cómo le está afectando este delito personalmente, así como a aquéllos a su alrededor.

Daños Físicos o Mentales a la Víctima o Familiar

¿Todavía recibe Ud. tratamiento médico o consejería desde la condena?

Sí

No

De ser "sí", proporcione detalles e indique cuánto durará.

- **A fin de recibir notificaciones, reporte inmediatamente cualquier cambio de nombre/dirección/número de teléfono.**
- **Envíe los cambios a la dirección listada al final de esta página.**
- **Haga una copia de este formulario para SUS registros.**

Esta declaración tiene que ser firmada por la persona que completa este formulario y confirmada como veraz a su pleno conocimiento.

Firma _____ Nombre _____ Fecha _____

Agencia _____ Puesto _____ Fecha _____

(Llene esta sección sólo si persona de la Agencia completó esta declaración por escrito a nombre de y mediante entrevista de la víctima o su familiar)

Envíe Formulario Completado a:
Tennessee Board of Parole
c/o Victim Services Division
500 James Robertson Pkwy., 4th Floor
Nashville, Tennessee 37243-0850

Indagaciones: 1-866-795-7467