



**FORMULARIO DE DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO**

1. NÚMERO DE MA DEL BENEFICIARIO

2. NOMBRE DEL BENEFICIARIO

3. FECHA DE NACIMIENTO

4. DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO:

Marque una de las casillas a continuación:

5.

- Certifico que soy sobreviviente de violación o incesto y que no hice la denuncia del crimen ante las autoridades policiales o servicios de protección a menores.
- Certifico que soy sobreviviente de violación o incesto y que hice la denuncia del crimen, incluyendo el nombre del agresor o delincuente (de conocerlo), ante:

\_\_\_\_\_

6. FECHA DE LA DENUNCIA (si la sabe):

Entiendo que hacer una declaración falsa más arriba es punible o sancionable por ley, al igual que hacer una denuncia policial falsa.

7. \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

8. \_\_\_\_\_  
FECHA

**TODA LA INFORMACIÓN SE MANTENDRÁ CONFIDENCIAL**