





|  |  |  |                          |                     |                    |  |   |
|--|--|--|--------------------------|---------------------|--------------------|--|---|
|  <b>USAID</b><br><small>FROM THE AMERICAN PEOPLE</small> |  <b>WOMEN'S REFUGEE COMMISSION</b> |  |                          | <b>PROYECTO BHA</b> |                    |  |   |
|  | <b>Formulario de Asistencia legal</b>  |  |                          |                     |                    |  |   |
|  | <b>CODIGO:</b> CARE-F07  |  | <b>FECHA:</b> 2021-05-20 |                     | <b>VERSION:</b> 01 |  |   |

|  |                         |                           |                      |                              |
|--|-------------------------|---------------------------|----------------------|------------------------------|
| <b>ATENCIÓN JURÍDICA</b>   |                         |                           |                      |                              |
| Código de Caso:  |                         |                           |                      |                              |
| <b>1. IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE</b>  |                         |                           |                      |                              |
| Nombres y Apellidos  |                         |                           | Sexo:<br>Mujer       | Género:                      |
| Perfil de interés  |                         |                           |                      |                              |
| Perfil social  |                         |                           | Nacionalidad:        |                              |
| Identificación   | Tipo de Documentación:  | Número de Identificación: | Fecha de Nacimiento: |                              |
| Perfil de movilidad  | Vocación de permanencia |                           |                      |                              |
| Dirección  |                         |                           | Teléfono:            |                              |
| Remitido Por   |                         |                           |                      |                              |
| <b>2. ESTRUCTURA FAMILIAR</b>  |                         |                           |                      |                              |
| Nombre Completo  | Edad                    | Ocupación                 | Nivel de Escolaridad | Relación con el Participante |
| BREVE ESCRIPCIÓN DE LA DINÁMICA FAMILIAR Y/O INDIVIDUAL                                    |                         |                           |                      |                              |
| <b>3. INQUIETUDES DE PROTECCIÓN (Si es una remisión, mencione la fuente de referencia)</b> |                         |                           |                      |                              |
|  |                         |                           |                      |                              |
| <b>4. VULNERABILIDAD</b>   |                         |                           |                      |                              |
|  |                         |                           |                      |                              |
| Clasificación del Riesgo: Medio  |                         |                           |                      |                              |
|  |                         |                           |                      |                              |
| Nombre del Profesional:  |                         |                           |                      |                              |

|                      |                     |                    |               |                                     |
|----------------------|---------------------|--------------------|---------------|-------------------------------------|
| Fecha de la Atención | Acciones Realizadas | Técnicas Aplicadas | Observaciones | Profesional que Realiza la Atención |
|----------------------|---------------------|--------------------|---------------|-------------------------------------|

|                   |                    |                               |               |                  |
|-------------------|--------------------|-------------------------------|---------------|------------------|
| Fecha de Remisión | Motivo de Remisión | Profesional a Quien se Remite | Observaciones | Motivo de Cierre |
|-------------------|--------------------|-------------------------------|---------------|------------------|