



FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION

Seth W. Diamond, Executive Deputy Commissioner



James K. Whelan, Deputy Commissioner
Policy, Procedures and Training

Lisa C. Fitzpatrick, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY BULLETIN #06-56-OPE

OBSOLETION OF FORMS M-322c AND M-322d

Date: April 14, 2006	Subtopic(s): Forms								
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p> <p> Please use Print on Demand to obtain copies of forms.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform staff at the Job Centers and Non-Public Assistance Food Stamp (NPA FS) Offices, that, effective May 1, 2006, the Domestic Violence Informational Handout (M-322c) and the Domestic Violence Screening Form (M-322d) will be obsolete.</p> <p>The information contained in the M-322c is duplicated in the Domestic Violence Palm Card (LDSS-4583A) and is therefore not necessary. The M-322d will be replaced by the Domestic Violence Screening Form (LDSS-4583), which is published by the Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA).</p> <p>Center Directors and Office Site Managers must ensure that all versions of the M-322c and M-322d are removed from circulation after April 30, 2006, and recycled.</p> <p><i>Effective May 1, 2006</i></p> <p>Attachments:</p> <table><tr><td>LDSS-4583</td><td>Domestic Violence Screening Form (Rev. 2/98)</td></tr><tr><td>LDSS-4583A</td><td>Domestic Violence Palm Card (Rev. 3/98)</td></tr><tr><td>M-322c</td><td>Domestic Violence Informational Handout (Obsolete)</td></tr><tr><td>M-322d</td><td>Domestic Violence Screening Form (Obsolete)</td></tr></table>	LDSS-4583	Domestic Violence Screening Form (Rev. 2/98)	LDSS-4583A	Domestic Violence Palm Card (Rev. 3/98)	M-322c	Domestic Violence Informational Handout (Obsolete)	M-322d	Domestic Violence Screening Form (Obsolete)
LDSS-4583	Domestic Violence Screening Form (Rev. 2/98)								
LDSS-4583A	Domestic Violence Palm Card (Rev. 3/98)								
M-322c	Domestic Violence Informational Handout (Obsolete)								
M-322d	Domestic Violence Screening Form (Obsolete)								

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?
Call 718-557-1313 then press 2 at the prompt followed by 765 or
send an e-mail to *FIA Call Center*

CIN NUMBER/APP REG LN	CASE NUMBER	OFFICE/UNIT NUMBER
WORKER NAME/NUMBER	CLIENT REFERRED FOR DOMESTIC VIOLENCE ASSESSMENT? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

DOMESTIC VIOLENCE SCREENING FORM

INSTRUCTIONS:

Answering these questions is voluntary. You do not have to fill out this form to receive Public Assistance.

We are asking you these questions to determine:

1. if you are a victim of domestic violence
2. whether some person or persons may pose a threat to your safety or the safety of your children at great harm or make it more difficult to escape from abuse. Some cases may require additional information for more detailed requirements. We can also help you to get services you need.

If you fill out this form, with the exception of what you are reporting, anything you disclose here about your relationship with your partner will be kept confidential. You may not be required to fill out this form but are free to do so at any time. However, if any of the following apply to you **AND** you are applying to receive any public assistance requirements, you must fill out this form. You may be required at a later time to sign a sworn statement confirming the truthfulness of the information you are providing.

QUESTIONS:

Are you currently in danger of your partner or ex-partner doing any of the following:

1. Physically hurting you by, for example, pushing, grabbing, slapping, hitting, choking, or kicking?
2. Forcing you to have sex when you don't want to or do sexual things you don't want to do?
3. Threatening to hurt you, your children or someone close to you?
4. Constantly putting you down or telling you that you are worthless?
5. Stalking, checking up on you or following you?
6. Making you afraid?

Yes (You will be referred to a Domestic Violence Specialist and will be expected to provide more detailed information about your situation.)

No (None of the above apply to me or I choose not to answer these questions at this time.)

In signing this form I affirm that the information I have given or will give to the Department of Social Services is correct.

Signature: _____ **Date:** _____

CIN NUMBER/APP REG LN	CASE NUMBER	OFFICE/UNIT NUMBER
WORKER NAME/NUMBER	CLIENT REFERRED FOR DOMESTIC VIOLENCE ASSESSMENT? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

FORMULARIO PARA DETECTAR A VICTIMAS DE LA VIOLENCIA DOMESTICA

INSTRUCCIONES:

Responder a estas preguntas es voluntario. Usted no tiene que completar este formulario para recibir Asistencia Pública.

Estamos haciéndole estas preguntas para determinar:

1. si usted es víctima de la violencia doméstica
2. si algunos requisitos de asistencia pública le impedirían recibir ayuda o a sus hijos a modo de daño o dificultarle la evasión de abusos. Algunos de los requisitos que se aplican para recibir uno de estos requisitos. Nosotros también podemos ayudarle a obtener los servicios que necesita.

Si usted completa este formulario en cualquier momento que usted desee, usted no tiene que revelar información sobre su relación con su compañero(a), exceptuando asuntos de abuso o maltrato infantil. Será confidencial. Usted no tiene que completar este formulario, pero está en libertad de hacerlo en cualquier momento. Si usted no quiere que se le aplique alguna de estas preguntas, usted puede optar por no responder a ellas. Y si usted está pidiendo que se retrase uno o más de estos requisitos, usted puede completar este formulario, pero usted debe declarar que se le permite completar y firmar una declaración jurada confirmando la veracidad de la información que usted está proveyendo.

PREGUNTAS:

¿Está usted actualmente en peligro de que su compañero(a) o ex compañero(a) haga uno de lo siguiente?

1. Le haga daño físicamente como empujándole, agarrándole, pegándole, ahorcándole o pateándole
2. Le fuerce a tener sexo cuando usted no lo desea o le haga hacer cosas sexuales que usted no quiere hacer
3. Le amenace con hacerle daño a usted, a sus hijos o a algún ser querido
4. Le humille constantemente o le diga que usted no vale nada.
5. Le aceche y le persiga
6. Le atemorice

Sí (A usted se le referirá a un Especialista de Violencia Doméstica y se esperará a que usted provea información más detallada sobre su situación.)

No (Nada de lo citado arriba se aplica a mí, o elijo no responder a estas preguntas en este momento.)

Al firmar este formulario, yo afirmo que la información que he dado o que daré al Departamento de Servicios Sociales es correcta.

Firma: _____ **Fecha:** _____



Domestic Violence Informational Handout

This information is available to all applicants and participants. It is intended to help you determine if you are a victim of domestic violence and to consider ways to make yourself and your family safe and self-supporting.

Are you currently in danger of your partner or ex-partner doing any of the following:

- Physically hurting you by, for example pushing, grabbing, slapping, hitting, choking or kicking?
- Forcing you to have sex when you don't want to, or do sexual things you don't want to do?
- Threatening to hurt you, your children, or someone close to you?
- Constantly putting you down or telling you that you are worthless?
- Stalking, checking up on you or following you?
- Making you afraid?

OBSOLETE

You may be a victim of domestic violence if you answered yes to any of the above questions.

What kinds of help are available?

Services: You can call a 24-hour domestic violence hotline for information about emergency shelter, support groups, counseling and your legal rights. In New York City call 1-800-621-HOPE (1-800-621-4673); all others call: 1-800-942-6906; Spanish speaking callers call: 1-800-942-6908.

Public Assistance: You must meet certain requirements to be eligible. If you think that you are a victim of domestic violence and that meeting one or more of the requirements may place you or your children at greater risk of harm or make it more difficult to escape from abuse, you may request a temporary delay of those requirements.

Include in "A" Kit/Recert Packet



Hoja Informativa Sobre Violencia Doméstica

Esta información está disponible para todos los solicitantes y participantes. Su propósito es el de ayudarlo a determinar si es víctima de violencia doméstica y de considerar maneras de hacer que usted y su familia estén seguros y sean autosuficientes.

Se encuentra actualmente en peligro de que su compañero(a) o ex-compañero(a) le haga cualquiera de los siguientes:

- ¿ Le lastime físicamente, como por ejemplo, empujándole, agarrándole, golpeándole, ahorcándole o pateándole?
- ¿ Forzándole a tener sexo cuando no lo desea o el hacer cosas sexuales que usted no quiere hacer?
- ¿ Amenazando con hacerle daño, a sus hijos o a algún ser allegado?
- ¿ Le humille constantemente o le diga que usted no vale nada?
- ¿ Le aceche, verifique su paradero o le persigue?
- ¿ Le cause temor?

Usted puede ser una víctima de violencia doméstica si contestó "sí" a cualquiera de las preguntas que aparecen arriba.

¿Qué tipos de ayuda están disponibles?

Servicios: Usted puede llamar a una línea de emergencia de violencia doméstica las 24 horas al día para pedir información acerca de refugio de emergencia, grupos de apoyo, consejería y sus derechos legales. En la Ciudad de New York, llame al 1-800-621-HOPE (1-800-621-4673); todos los demás llamen al: 1-800-942-6906; personas que hablan español deben llamar al: 1-800-942-6908.

Asistencia Pública: Usted tiene que reunir con ciertos requisitos para ser elegible. Si usted piensa que es víctima de violencia doméstica y que el reunir uno o más de los requisitos pueda exponerle a usted y a sus hijos a un mayor riesgo de daño o le haga más difícil escapar del abuso, usted puede solicitar una demora temporera a esos requisitos.



DOMESTIC VIOLENCE SCREENING FORM

Center: _____ Worker's Name/Caseload: _____

Applicant/Participant Name: _____ Case Type/Case No./Suffix: _____

APPLICANT/PARTICIPANT REFERRED FOR DOMESTIC VIOLENCE ASSESSMENT? Yes No

We are asking you these questions to determine:

1. If you are a victim of domestic violence.
2. Whether some public assistance requirements may place you or your children at greater risk of harm or make it more difficult to escape from abuse. Sometimes we may be able to delay one or more of these requirements. We can also help you to get the services you need.

If you fill out this form (with the exception of child abuse and neglect) anything you disclose here about your relationship with your partner will be kept confidential. You may decide not to fill out this form now but are free to do so at any time. However, if any of the following apply to you and you are asking to delay any public assistance requirements, you must fill out this form. You may be required at a later time to sign a sworn statement confirming the truthfulness of the information you are providing.

Answering these questions is voluntary. You do not have to fill out this form to receive public assistance.

Are you currently in danger of your partner or ex-partner doing any of the following:

	YES	NO
1. Physically hurting you by, for example, pushing, grabbing, slapping, hitting, choking or kicking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Forcing you to have sex when you don't want to or do sexual things you don't want to do?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Threatening to hurt you, your children or someone close to you?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Constantly putting you down or telling you that you are worthless?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Stalking, checking up on you or following you?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Making you afraid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

YES You will be referred to a Domestic Violence Specialist and will be expected to provide more detailed information about your situation.

NO None of the above applies to me **OR** I choose not to answer these questions at this time.

By signing this form I affirm that the information I have given or will give to the Family Independence Administration is true and correct.

Print Name: _____

Signature: _____ Date: _____



FORMULARIO PARA DETECTAR VIOLENCIA DOMESTICA

Centro: _____ Worker's Name/Caseload: _____

Applicant/Participant Name: _____ Case Type/Case No./Suffix: _____

APPLICANT/PARTICIPANT REFERRED FOR DOMESTIC VIOLENCE ASSESSMENT? Yes No

Estamos haciéndole estas preguntas para determinar:

1. Si usted es una víctima de la violencia doméstica.
2. Si algunos requisitos de asistencia pública pueden ponerle a usted o a sus hijos en mayor riesgo de daño o hacerle más difícil escapar del abuso. A veces, nosotros podremos retrasar uno o más de estos requisitos. Nosotros también podemos ayudarle a obtener los servicios que necesita.

Si usted llena este formulario, cualquier cosa que usted revele aquí sobre su relación con su compañero(a), (con excepción de abuso y negligencia de niños), se mantendrá confidencial. Usted puede decidir no llenar este formulario ahora, pero está en libertad de hacerlo en cualquier momento. Sin embargo, si cualquiera de lo siguiente se aplica a usted y si usted está pidiendo que se retrase cualesquiera requisitos de asistencia pública, usted tiene que llenar este formulario. Puede ser que se le requiera más tarde a que firme una declaración jurada confirmando la veracidad de la información que usted está proveyendo.

Responder a estas preguntas es voluntario. Usted no tiene que llenar este formulario para recibir asistencia pública.

¿Está usted actualmente en peligro de que su compañero(a) o ex compañero(a) haga uno de lo siguiente?:

- | | SÍ | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Le haga daño físicamente, como por ejemplo empujándole, agarrándole, bofeteándole, pegándole, ahorcándole o pateándole? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Le force a tener sexo cuando usted no lo desea o le haga hacer cosas sexuales que usted no quiere hacer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Le amenace con hacerle daño a usted, a sus hijos o a algún ser querido? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Le humille constantemente o le diga que usted no vale nada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Le aceche, le vigile o le persiga? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Le cause temor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SÍ A usted se le referirá a un Especialista de Violencia Doméstica y se esperará a que usted provea información más detallada sobre su situación.

NO Nada de lo citado arriba se aplica a mí, **O** elijo no responder a estas preguntas en este momento.

Al firmar este formulario, yo afirmo que la información que he dado o que daré a la Administración de Independencia de la Familia (Family Independence Administration) es verídica y correcta.

Escriba el Nombre en letras de Molde: _____

Firma: _____ Fecha: _____