ESCRIBA CON FUERZA – SON 5 COPIAS

SOLICITUD DE AFECTADOS POR ACTO DELICTIVO PARA INSISTIR EN, O DESISTIR DE, SUS DERECHOS PRECONDENATORIOS Y PREJUZGATORIOS

Esta forma le reconoce como persona afectada porque existen indicios de que se perpetró un acto delictivo en su contra.

Por favor, guarde esta forma para que en un futuro le sirva de referencia en su caso.

1	<<USO DE FORMA>>
☐ Contacto inicial	☐ Por teléfono o correo
☐ Cambio(s) iniciado(s) por afectado/a	☐ En persona
FECHA: _____	

2 <<DATOS PARA IDENTIFICAR EL CASO>>

AGENCIA QUE RECIBIÓ EL PARTE: _____ Núm. de teléfono: _____

Agente(s) que acudió o acudieron al parte: _____ Núm. de querrela/parte/infraacción: _____

Ubicación: _____ Fecha y hora de parte o infraacción: _____

Tipo de acto delictivo: _____

Delito grave (*felony*) Falta o delito menos grave (*misdemeanor*) Asunto de violencia intrafamiliar

3 <<SITUACIÓN DE APREHENSIÓN O DETENCIÓN>>

☐ SOSPECHOSO/A NO APREHENDIDO/A ☐ DESCONOCIDO/A ☐ CONOCIDO/A _____ ADULTO/A _____ MENOR DE EDAD SOSPECHOSO/A # 1: _____ _____ SOSPECHOSO/A # 2: _____ _____ Si se efectuara una aprehensión o detención en este caso, se le notificará en cuanto sea posible. Si no se le notificara la aprehensión o detención en los 30 días siguientes al acto delictivo, llame a la agencia del orden público indicada en la Sección 2 anterior para informarse acerca de la situación del caso.	☐ CITATORIO EXPEDIDO A/A LA SOSPECHOSO/A Y PUESTO/A EN LIBERTAD O DENUNCIADO/A ADULTO/A MENOR SOSPECHOSO/A # 1: _____ FECHA DE NAC.: _____ SOSPECHOSO/A # 2: _____ FECHA DE NAC.: _____ TRIBUNAL O JUZGADO: _____ FECHA: _____ HORA: _____ Si se expidiera un citatorio, el o la acusado/a pudiera comparecer ante la Justicia en cualquier momento antes de la fecha y la hora indicadas.	☐ SOSPECHOSO/A APREHENDIDO/A — ADULTO/A AUDIENCIA INICIAL: SOSPECHOSO/A # 1: _____ FECHA DE NAC.: _____ SOSPECHOSO/A # 2: _____ FECHA DE NAC.: _____ TRIBUNAL _____ FECHA: _____ HORA: _____ AGENCIA APREHENSORA: _____ _____ El o la sospechoso/a adulto/a aprehendido/a comparecerá ante el Tribunal para su Audiencia inicial en las 24 horas siguientes a su aprehensión.	☐ SOSPECHOSO/A APREHENDIDO/A — MENOR DE EDAD AUDIENCIA DE DETENCIÓN: SOSPECHOSO/A # 1: _____ FECHA DE NAC.: _____ SOSPECHOSO/A # 2: _____ FECHA DE NAC.: _____ RECLUSORIO: _____ _____ El o la sospechoso/a menor de edad detenido/a comparecerá a una Audiencia de Detención ante el Tribunal de Menores o el Centro de Detención del condado en las 24 horas siguientes a su detención, pero pudiera quedar en libertad en cualquier momento antes de la audiencia.
--	---	--	---

4 <<PERSONA AFECTADA O REPRESENTANTE LÍCITO/A>>

A. ¿Contra quién fue perpetrado el acto delictivo o la transgresión penal?
 Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

B. ¿Es usted la persona afectada o su representante lícito/a? (MARQUE LA CASILLA CORRESPONDIENTE.)

El acto delictivo se perpetró en mi contra. Soy la **persona afectada**.

Me corresponde una de las oraciones siguientes. Soy el o la **representante lícito/a** de la persona afectada. (MARQUE UNA DE LAS SIGUIENTES.)

La persona afectada me nombró para ser su representante lícito/a. La persona afectada quedó discapacitada o falleció y soy pariente inmediato/a.

La persona afectada es una entidad moral (sociedad o entidad comercial anónima, colectiva o integral) La persona afectada es menor de edad y soy su padre o madre, pariente inmediato/a o tutor(a) en derecho.

La persona afectada es adulta amparable o vulnerable y soy su tutor(a) en derecho.

Nombre: _____ Fecha de nac.: _____ Vínculo con afectado/a: _____
Representante lícito/a de persona afectada

C. ¿Cómo comunicarse con usted?
 Nombre: _____

Domicilio postal: _____ Apart. o unidad: _____

Domicilio residencial (de ser distinto): _____ Apart. o unidad: _____

Población: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (de casa): _____ Celular: _____

(del trabajo): _____ Dirección electrónica (*e-mail*): _____

☐ INSISTO EN (EJERCERÉ) mis derechos en este caso. — O — ☐ DESISTO DE (NO EJERCERÉ) mis derechos en este caso. Quedo enterado/a de que tendré que mantener al tanto de mi domicilio postal y teléfono actuales a la agencia o tribunal encargado de realizar mis derechos. Si no cumpliera con esta obligación, pudiera interpretarse que desistí de mis derechos. También quedo enterado/a de que, a fin de cambiar los datos que suministré con esta forma, deberé comunicarme con la agencia o el tribunal indicado. Firma y fecha de persona afectada o representante lícito/a: ☒ _____	(SÓLO PARA AGENCIA QUE RECIBIÓ EL PARTE) ☐ Salvedad de EJERCICIO IMPLÍCITO POR INCAPACIDAD O CONSTERNACIÓN de conformidad con los apartados de Leyes Actualizadas de Arizona § 13-4405(B) y § 8-386(B)	NOTAS Y COMENTARIOS: _____ _____
---	---	---