



VICTIMS OF CRIME ACT FUNDING

SOLICITUD PARA LA BECA DE VOCA

Nombre y apellido (de la persona que llena esta forma):

Nombre del estudiante, si es diferente del anterior:

Fecha de nacimiento del estudiante: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Dirección:

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico (email): \_\_\_\_\_

La mejor manera de ponerse en contacto contigo (marque uno): tel. celular tel. alt. email

He sido víctima del siguiente delito(s) (dibuja un círculo alrededor del que hayas sido víctima - puedes circular más de uno):

Violencia doméstica abuso sexual intento de homicidio DWI / DUI
abuso infantil trata de personas otro (por favor indique): \_\_\_\_\_

Por favor responde con detalle a las siguientes preguntas. Toma todo el espacio que necesites.

1. ¿Cómo te enteraste de Resolve?

2. ¿Por qué razón o razones quieres tomar el curso Resolve? (Incluye toda información que consideres importante, como tu situación de vida, peligros actuales o temores o, si fuiste referido por un terapeuta o defensor de víctimas, etc.)



3. **¿Qué partes de los cursos de Resolve te interesan en específico, basado en lo que escuchaste o viste en nuestro portal de internet? ¿Crees que tú o tu hijo(a) saldrán beneficiados por tomar el curso?**

4. **¿Para cuál curso te estás inscribiendo?**

Nombre del curso (Por ejemplo, Curso Básico Para Mujeres) \_\_\_\_\_

Fecha del curso, mes y año (Por ejemplo, julio del 2014) \_\_\_\_\_

5. **¿Podrías ayudarnos escribiendo un testimonio describiendo tu experiencia en el curso?** Te pedimos esto para compartirlo con posibles patrocinadores y donadores para que hagan una donación a nuestro fondo de becas.

6. **¿Estarías dispuesto a participar en una encuesta de seguimiento 3 meses después del curso?** (Esto nos ayudaría a renovar el financiamiento de VOCA para Resolve).

7. Cualquier información adicional que nos desees proporcionar:

---

Al acabar de llenar esta solicitud, envíala a Resolve:

**Email:** [marie@resolvenm.org](mailto:marie@resolvenm.org)

**Dirección:** Resolve, PO Box 8350, Santa Fe, NM 87504

**FAX:** (505) 992-8853

*¿Afirmas que la información que nos das en esta solicitud es verdadera y completa?*

*A Resolve le tomará de 1 a 3 semanas en revisar tu solicitud.*

*La información que proporciones en esta solicitud se mantendrá en estricta confidencialidad.*