



**ESTADO DE TENNESSEE  
JUNTA DE LIBERTAD CONDICIONAL  
DIVISION DE SERVICIOS A VICTIMAS**



**DECLARACIÓN DE IMPACTO A  
VÍCTIMAS Y SOLICITUD DE  
NOTIFICACIÓN**

**Complete Este Formulario para Fines de Audiencia de Libertad Condicional**

- Información que Ud. proporciona líneas abajo puede aydar la **Junta** a entender mejor cómo han sido Ud. o sus familiares cercanos afectados por este delito.
- Esta **información** será mantenida confidencialmente.
- Solamente será revisada por los **Miembros de la Comisión y por su personal**.
- Adjunte hojas adicionales si sean necesarias. Por favor, envíe esto por correo a la Comisión en la dirección dada al final de esta declaración.
- La Junta, en su discreción, podrá investigar todas las declaraciones de impacto a víctimas que sean presentadas.
- Por favor no envíe por **correo** este formulario **antes** de la condena del delincuente.

**La Víctima, su Familiar, y del Delincuente**

Por favor este formulario **en su totalidad**. Si desconoce alguna información, deje el espacio en blanco.

**Información de la Víctima o Familiar**

Escoja Uno      Sr.      Sra.      Srta.

Su nombre \_\_\_\_\_

Su dirección postal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ciudad                      Estado                      Código Postal

Código de Área                      Sú número de teléfono

Casa \_\_\_\_\_

Trabajo \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Nombre de la Víctima \_\_\_\_\_

Individuo(s) contra quien(es) se cometió el delito: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Su parentesco con la Víctima \_\_\_\_\_

(Por ejemplo: Yo mismo, Padre, Madre Esposo(a), Hijo(a))

**Información del Delincuente**

Nombre del Delincuente \_\_\_\_\_

Número TOMIS (si lo conoce) \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Fec. de Nac. \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social \_\_\_\_\_

Delito(s) \_\_\_\_\_

Fecha del Delito \_\_\_\_\_

Fecha de la Condena \_\_\_\_\_

Número(s) de caso(s) \_\_\_\_\_

Condado de Delito \_\_\_\_\_

Nombre(s) del (de los) Coimputado(s)	Número(s) TOMIS
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**II. Aviso de Acciones de la Junta**

Por favor avísame de todos de los siguientes: (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Audiencia de la Junta de Libertad Condicional | <input type="checkbox"/> Decisión Final de la Junta de Libertad Condicional | <input type="checkbox"/> Excarelación bajo Libertad Condicional Supervisada |
|--|---|---|

**III. Declaración de Impacto a Víctima o al Miembro de la Familia**

(Por favor, adjunte hojas adicionales, si necesita más espacio.)

**Excarcelación bajo Libertad Condicional**

¿Cree Ud. que este delincuente debe ser dada de aexcarcelado bajo libertad condicional supervisada?

Sí

No

¿Por qué?

¿Tiene Ud. algún pedido especial si se le otorga libertad condicional a este delincuente?

Sí

No

Por favor explique por qué, brevemente

**Reacción Personal de la Víctima o Familiar**

Escriba cómo se siente Ud., desde la condena, acerca de cómo le está afectando este delito personalmente, así como a aquéllos a su alrededor.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Daños Físicos o Mentales a la Víctima o Familiar**

¿Todavía recibe Ud. tratamiento médico o consejería desde la condena?

Sí

No

De ser "sí", proporcione detalles e indique cuánto durará.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- **A fin de recibir notificaciones, reporte inmediatamente cualquier cambio de nombre/dirección/número de teléfono.**
- **Envíe los cambios a la dirección listada al final de esta página.**
- **Haga una copia de este formulario para SUS registros.**

**Esta declaración tiene que ser firmada por la persona que completa este formulario y confirmada como veraz a su pleno conocimiento.**

Firma \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Agencia \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

(Llene esta sección sólo si persona de la Agencia completó esta declaración por escrito a nombre de y mediante entrevista de la víctima o su familiar)

**Envíe Formulario Completado a:**  
**Tennessee Board of Parole**  
**c/o Victim Services Division**  
**500 James Robertson Pkwy., 4th Floor**  
**Nashville, Tennessee 37243-0850**  
  
**Indagaciones: 1-866-795-7467**