

Estado de Carolina del Sur
Oficina Estatal de Asistencia a Víctimas
Formulario de Publicación de la entrevista Forense

En el Caso de:

Paciente

Nombre de Entrevistador Forense

Número de Seguro Social

Nombre de Centro de Abogacía de Niños

Dirección

Dirección

Ciudad Estado Zona Postal

Ciudad Estado Zona postal

De acuerdo con La Carta de Derechos de víctimas y testigos de víctimas del Estado de Carolina del Sur, confirmada como ley el 22 de Junio, 1984, Yo otorgo voluntariamente mi consentimiento y autorizo la Oficina Estatal de Asistencia a las Víctimas de Carolina del Sur y sus autorizados agentes a recibir mi registro de entrevista y a pagar directamente los gastos incurridos y permitidos por ley al Centro de Abogacía de Niños por la entrevista forense conducida con el propósito de evidencia por orden de la Oficina Estatal de Asistencia a las Víctimas de Carolina del Sur.

Fechada este _____ día de _____, 20_____

Firma del Paciente/Guardián/Adulto Responsable

Firma del Entrevistador Forense

Nombre del Oficial

Firma del Oficial

Nombre de la Agencia

El Centro de Abogacía de Niños debe agregar a este Formulario de Publicación de la Entrevista Forense, una copia del extracto de Facturación de Entrevista Forense, el Informe de la Entrevista Forense, y el Informe de Incidente/Suplementario de Aplicación de la Ley, para poder recibir pago. Por favor envíe a la siguiente dirección:

State Office of Victim Assistance
1205 Pendleton Street
Edgar A. Brown Building, Room 401
Columbia, South Carolina 29201
Phone: (803) 734-1900

