

## GUÍA DE PROCESOS ATENPRO PARA LAS ENTIDADES LOCALES

**Bienvenida-o,**

A continuación se reúnen, en un solo documento, todos los formularios de ATENPRO necesarios para que las Entidades Locales tramiten altas y bajas en el Servicio. Asimismo, se incluyen los formularios relacionados con los traspasos de expediente y las revisiones anuales de permanencia en el Servicio y las Altas Excepcionales.

Algunos formularios contienen en su parte superior una explicación para su correcto tratamiento (en el caso de impresión no será recogida). Todos los formularios incluyen en el pie de página los números de fax o dirección de correo electrónico donde deben ser remitidos.

Resumen formularios Proceso de <b>ALTA</b>		
Nº	Nombre	Destino
A1	Solicitud de Alta	Se envían al mismo tiempo, y en su caso, junto a la fotocopia de la Medida de Alejamiento/Orden de Protección en vigor <b>SÓLO al Centro de Atención de Cruz Roja</b> , desde donde responderán mediante un correo electrónico confirmando la recepción de la documentación y facilitando el código de Usuario a tratar en sucesivas comunicaciones (no contendrán ya ningún dato de carácter personal).
A2	LOPD	
A3	Ficha datos Usuario	
A4	Ficha de recursos	
A5	Solicitud Excepcional	Se envía a la FEMP por correo electrónico <a href="mailto:atenpro@femp.es">atenpro@femp.es</a>

Resumen formatos Proceso de <b>BAJA</b>		
Nº	Nombre	Destino
B1	Solicitud de Baja	Se envía <b>sólo al Centro de Atención de Cruz Roja</b> . La fecha de la baja, será la misma del envío de la solicitud.

Resumen formatos Proceso de <b>TRASLADO DE EXPEDIENTE</b>		
Nº	Nombre	Destino
T1	Solicitud traslado expediente	Se envía al centro de atención los formatos A-3 Ficha de datos, A-4 Ficha de recursos y en su caso, fotocopia de la Medida de Alejamiento/Orden de Protección.

Resumen formatos Proceso de <b>CONFIRMACIÓN DE PERMANENCIA</b>		
Nº	Nombre	Destino
P1	Confirmación de permanencia	Se envía <b>al Centro de Atención</b> , junto con la copia de la orden de Protección/Medida de alejamiento en vigor (en su caso), y éste comunicará a la Entidad Local mediante correo electrónico la recepción de la documentación.



## SOLICITUD A CRUZ ROJA DE ALTA DE USUARIA EN ATENPRO

Centro o Servicio que remite la solicitud:	
Ayto, manc., comarca o diputación adherida de la que depende:	
Profesional que realiza el seguimiento de la Usuaría:	
Cargo o función:	
Nº Teléfono 1:	
Nº Teléfono 2:	
Nº de Fax:	
Dirección electrónica:	
Dirección postal:	
Observaciones:	

Solicito, una vez comprobado el cumplimiento de los requisitos de acceso de conformidad con el apartado 1.3. del Protocolo de Actuación y valorada la idoneidad del mismo, cursen alta en Servicio ATENPRO a

D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Firma y sello de la entidad)

Fdo: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_



## Servicio Telefónico de Atención y Protección para Víctimas de la Violencia de Género **ATENPRO**

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la usuaria queda informada de que los datos que nos facilite o a los que se acceda en el ámbito de la prestación del Servicio Telefónico de Atención y Protección para Víctimas de la Violencia de Género (ATENPRO) serán incorporados a un fichero de Cruz Roja Española, para ser tratados con la finalidad de prestar dicho servicio, del que Cruz Roja Española es adjudicataria. Asimismo, la usuaria presta su consentimiento al mencionado tratamiento.

El tratamiento de sus datos personales es indispensable para poder llevar a cabo una correcta ejecución del Servicio Telefónico de Atención y Protección para Víctimas de la Violencia de Género (ATENPRO), por lo que de no facilitarnos la información requerida y consentir el tratamiento de sus datos será imposible prestar dicho servicio.

La usuaria podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición por medio de carta dirigida a Cruz Roja Española Av. Reina Victoria, 26 - 28003 Madrid.

Sus datos serán conservados bajo medidas de seguridad que garanticen la confidencialidad, la seguridad de los mismos, que eviten su alteración, pérdida, deterioro, tratamiento o acceso no autorizados y los posibles riesgos a que pudieran estar expuestos y sólo serán cedidos a las entidades y para las finalidades siguientes:

- 1) Entidades y proveedores contratados relacionados necesariamente con la prestación del Servicio Telefónico de Atención y Protección para Víctimas de la Violencia de Género (ATENPRO).
- 2) La Federación Española de Municipios y Provincias, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y las administraciones públicas adheridas al convenio firmado entre estas dos entidades, a través de las cuales la usuaria haya accedido al Servicio ATENPRO, con la finalidad de que dichas entidades puedan ejercer las facultades de control y vigilancia del servicio y ejercitar las competencias que legalmente tengan atribuidas.
- 3) Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Policía Local o Autonómica, servicios de emergencia, servicios sociales, sanitarios o asistenciales, con la finalidad de atender correctamente a la usuaria.
- 4) Juzgados y Tribunales, con la finalidad de prestar la debida colaboración a la Administración de Justicia. Sólo en los casos en que la cesión de los datos venga impuesta por ley o fuera necesaria para hacer frente a una situación de emergencia que exija la cooperación de personas o entidades distintas de las mencionadas anteriormente, sus datos podrán ser cedidos en la medida en que resulte necesaria para cumplir la legislación vigente o para hacer frente a la situación de emergencia planteada.
- 5) Comunidades Autónomas y Ciudades de Ceuta y Melilla, exclusivamente en el ámbito de las competencias de protección de las víctimas de violencia de género en su territorio, para el cumplimiento de sus funciones de información y asistencia social integral de las víctimas.

Para una adecuada prestación del servicio es conveniente disponer de los datos de personas de su entorno (familiares, amigos, profesionales que la estén asistiendo, etc.). Cruz Roja Española sólo puede tratar los datos de estas personas de su entorno si previamente han consentido dicho tratamiento, debiendo además informar a dichas personas en los términos que la Ley Orgánica 15/1999 establece. No obstante, para conciliar estas exigencias legales con el respeto a la privacidad e intimidad de la usuaria, lo más adecuado es que esta última sea la que pida las autorizaciones e informe al resto de los interesados en la siguiente forma:

- 1) Cruz Roja Española entrega a la usuaria el modelo de escrito que se acompaña al presente como Anexo I.
- 2) La usuaria se compromete a entregar uno a cada una de las personas cuyos datos ha facilitado a Cruz Roja Española.
- 3) La usuaria se compromete a no facilitar a Cruz Roja Española datos de personas que hayan mostrado su disconformidad con el hecho de la entrega de sus datos y a comunicar a Cruz Roja Española la disconformidad con el tratamiento de tales datos que se ponga de manifiesto con posterioridad a su incorporación a los ficheros de Cruz Roja Española.

Quedo informada y consiento el tratamiento antes descrito.

**Firma, fecha y DNI**

Cruz Roja Española en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informa que sus datos personales (identidad y medios para localización) han sido incluidos en los ficheros automatizados de datos de carácter personal titularidad de esta institución.

La información citada, que nos ha sido facilitada por la persona que le hace entrega de este documento, tiene como único fin su localización ante incidencias de esta persona como Usuaría del Servicio ATENPRO.

Si lo desea, en conformidad con lo establecido en la mencionada Ley 15/99, puede ejercitar en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la siguiente dirección:

Cruz Roja Española. Departamento de Intervención Social. Av. Reina Victoria, 26 - 28003 - Madrid



Cruz Roja Española en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informa que sus datos personales (identidad y medios para localización) han sido incluidos en los ficheros automatizados de datos de carácter personal titularidad de esta institución.

La información citada, que nos ha sido facilitada por la persona que le hace entrega de este documento, tiene como único fin su localización ante incidencias de esta persona como Usuaría del Servicio ATENPRO.

Si lo desea, en conformidad con lo establecido en la mencionada Ley 15/99, puede ejercitar en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la siguiente dirección:

Cruz Roja Española. Departamento de Intervención Social. Av. Reina Victoria, 26 - 28003 - Madrid



Cruz Roja Española en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informa que sus datos personales (identidad y medios para localización) han sido incluidos en los ficheros automatizados de datos de carácter personal titularidad de esta institución.

La información citada, que nos ha sido facilitada por la persona que le hace entrega de este documento, tiene como único fin su localización ante incidencias de esta persona como Usuaría del Servicio ATENPRO.

Si lo desea, en conformidad con lo establecido en la mencionada Ley 15/99, puede ejercitar en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la siguiente dirección:

Cruz Roja Española. Departamento de Intervención Social. Av. Reina Victoria, 26 - 28003 - Madrid

## Servicio ATENPRO: FICHA DE DATOS DE USUARIA

(El documento está configurado para que esta parte -instrucciones- no se imprima)  
(Los Campos indicados con \* admiten sólo respuesta 'SI' / 'NO' haciendo uso de desplegable)

Para hacer efectiva el alta en el Servicio:

**1º** Rellenar, imprimir, firmar y sellar el documento de 'A1-Solicitud de Alta'. La cláusula de Protección de Datos ('A2-LOPD') ha de ser firmada por la Usuaría.

**2º** Rellenar y remitir por fax o por correo electrónico esta ficha, la de recursos, la solicitud de alta, la cláusula de LOPD, la copia de la medida de alejamiento/Orden de Protección en vigor (en su caso), al Fax Nº: **91 335 43 00 o supervisorastam@cruzroja.es**

**\*\*\* Intentar, en la medida de lo posible, no tramitar las solicitudes manuscritas \*\*\***  
(Cuando no quede más remedio utilizar mayúsculas y escribir los números de forma muy clara)

Tras recibir la ficha, el Centro de Atención responderá por el mismo medio indicando el Nº de orden (correlativo y ÚNICO). Debe anotar este número en el apartado de la ficha de la usuaria indicado para ello. **Es necesario adjuntar el código entero señalado en las comunicaciones posteriores con Cruz Roja, evitando con ello el tratamiento durante las mismas de datos personales de las Usuarías**



Identificación de la usuaria	Código / Expte:	VG	Código Provincial	Nº Correlativo
		63		
Nombre		Apellido/s		
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
DNI/T. Residencia/Pasap.	Fecha de Nacimiento	País de nacimiento		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nacionalidad	Nivel de estudios	Estado Civil		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Discapacidad:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Situación laboral: <input type="text"/>	

Localización Usuaría	Telf. Móvil personal:	
Domicilio actual de residencia		
Dirección completa		
<input type="text"/>		
Municipio	Provincia	Teléfono fijo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Observaciones (¿recurso tutelado?, barrio, pedanía, punto de referencia...)		
<input type="text"/>		

Domicilio laboral

Dirección

Municipio

Provincia

Horario

Observaciones (empresa, barrio, punto de referencia... **teléfono sólo si se estima oportuno**)

**Estado Físico-Psíquico-Sanitario Usuaría**

Describir enfermedades importantes, discapacidades, medicación...



**Datos del Agresor (no cumplimentar en las solicitudes excepcionales)**

Nombre		Apellidos	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
DNI/T. Residencia/Pasapor.	Fecha de nacimiento	Nacionalidad	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
País de nacimiento	Estado Civil	Situación laboral	Discapacidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nivel de estudios	<input type="text"/>		
Población y Provincia en la que reside: <input type="text"/>			
Describir datos relevantes para su identificación (estatura, complexión, marcas visibles...)			
<input type="text"/>			
Describir vehículo de uso por el agresor (al menos marca, modelo, color y matrícula)			
<input type="text"/>			
Observaciones / indicadores de riesgo por parte del agresor (tenencia de permiso de armas, de qué tipo, profesión, historial delictivo, adicciones, patologías psiquiátricas diagnosticadas...)			
<input type="text"/>			

**Medidas Judiciales (no cumplimentar en las solicitudes excepcionales)**

<b>MEDIDA CAUTELAR DE ALEJAMIENTO/ORDEN DE PROTECCIÓN</b>	
Fecha en que se acordó	<input type="text"/>
Duración	<input type="text"/>
<b>En caso de no poseer medida en vigor, rellenar el cuadro adjunto:</b>	
<input type="checkbox"/>	Ha presentado denuncia y no se ha acordado por el órgano judicial ninguna medida cautelar.
<input type="checkbox"/>	El plazo de duración de la pena o medida cautelar ha finalizado.
<input type="checkbox"/>	El proceso penal ha finalizado con sentencia absolutoria. Archivo/Sobreseimiento de la causa
<input type="checkbox"/>	Otros: en su caso, especificar en observaciones
<b>OBSERVACIONES</b>	
<input type="text"/>	
Proceso de separación y guarda y custodia en el caso de menores.	
<input type="text"/>	





Si la víctima fuera menor de edad, deberá anotarse en esta casilla y motivar la adecuación al servicio.

### **PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA**

-En primer lugar tienen que tener en cuenta que la Participación en los programas, siempre que existen en el territorio, es un requisito para acceder al programa (*punto 1.3 del PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL SERVICIO TELEFÓNICO ATENPRO*).

-En consecuencia, es necesario que rellenen este apartado comunicando qué atención recibe la víctima, y en caso contrario, las razones de ello.

\* Remitir este formulario, junto con la solicitud de alta, la ficha de recursos, la Cláusula LOPD firmada, y en su caso, la fotocopia de la orden de protección/medida de alejamiento al Centro de Atención de Cruz Roja (Fax-->9

335 43 00 o correo electrónico [supervisorastam@cruzroja.es](mailto:supervisorastam@cruzroja.es))

## FICHA DE RECURSOS DE EMERGENCIA

Da.  D.N.I./N.I.E

	<b>Fuerzas / Cuerpos Seguridad <u>por orden prioridad</u></b>	<b>Teléfonos 9 dígitos para llamar desde otras provincias</b>	
1			
2			
3			

Observaciones (especificar según número asignado como orden de prioridad)

	<b>Médico / Sanitarios de Emergencia</b>	<b>Teléfonos 9 dígitos para llamar desde otras provincias</b>	
1			
2			
3			

Observaciones (especificar según número asignado como orden de prioridad)

	<b>Sociales de Emergencia</b>	<b>Teléfonos 9 dígitos para llamar desde otras provincias</b>	
1			
2			
3			

Observaciones (especificar según número asignado como orden de prioridad)

	<b>Otros Recursos de Emergencia no contemplados</b>	<b>Teléfonos 9 dígitos para llamar desde otras provincias</b>	
1	1-1-2 (sólo si no ha sido contemplado)		
2	061 (Sólo si no ha sido contemplado)		
3			
4			

Observaciones (especificar según número asignado como orden de prioridad)

## SOLICITUD DE ALTA EXCEPCIONAL

Nº de Expediente:

Iniciales de la solicitante

### DATOS DEL REFERENTE SOCIAL *(A rellenar por la Entidad Local)*

Centro o servicio que remite la solicitud:

Entidad adherida de la que depende:

Profesional remitente:

Tel.:

Localidad:

Cargo

Provincia:

E mail:

Observaciones localización:

### PARA LA TRAMITACIÓN DE LA SOLICITUD ES NECESARIO UN INFORME DE LOS SERVICIOS SOCIALES/SERVICIOS DE IGUALDAD DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA AUTONÓMICA O LOCAL COMPETENTE

En dicho informe se hará constar:

- >Programas de intervención en los que participa y en los que ha participado la solicitante
- >Asistencia a los mismos y duración de los programas
- >Asistencia a citas de seguimiento con los servicios sociales, etc
- >Así mismo se hará constar los motivos por los que justifica la necesidad del servicio.

### DURACIÓN DEL SERVICIO ATENPRO:

La concesión se hará por un plazo máximo de 12 meses; transcurrido éste se evaluará su continuidad de conformidad con el procedimiento ordinario, siempre y cuando cumpla con los requisitos requeridos con carácter general o haya denunciado sin obtener orden de protección o medida de alejamiento.

### INFORMACIÓN A LA USUARIA:

Se informará a la usuaria que, en el supuesto de que, durante el transcurso de una llamada de emergencia realizada por ella, se constate que se está produciendo una agresión o que se ha producido ésta, la empresa o entidad adjudicataria del servicio lo pondrá en conocimiento de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

## SOLICITUD A CRUZ ROJA DE BAJA DE USUARIA EN ATENPRO

Centro o Servicio que remite la solicitud:	
Entidad Local de la que depende:	

Con motivo de:

- Caducidad medidas legales y no necesaria la prestación del servicio
- Inicio de convivencia con agresor.
- Incumplimientos reiterados de acuerdos / obligaciones.
- Traslado de usuaria a otra Entidad Local no adherida a ATENPRO
- Baja Voluntaria.
- Agresor sin riesgo (por estar fuera del país, encarcelado, etc.)
- Usuaria desaparecida (no se la localiza, no responde llamadas, etc.)
- Usuaria disconforme con el servicio
- Usuaria fallecida
- Usuaria vive fuera de España
- Usuaria no percibe riesgo

Solicito procedan a tramitar la baja en el servicio ATENPRO del expediente:

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Firma y sello de la entidad)

Fdo: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE TRASLADO DE USUARIA EN ATENPRO

Centro o Servicio que remite la solicitud:	
Ayto, manc., comarca o diputación adherida de la que depende:	
Profesional que realiza el seguimiento de la Usuaría:	
Cargo o función:	
Nº Teléfono 1:	
Nº Teléfono 2:	
Nº de Fax:	
Dirección electrónica:	
Dirección postal:	
Observaciones:	

Solicito, una vez comprobado el cumplimiento de los requisitos de acceso de conformidad con el apartado 1.3. del Protocolo de Actuación, cursen el traslado en Servicio ATENPRO a favor de:

D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Firma y sello de la entidad)

Fdo: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

## CONFIRMACIÓN DE PERMANENCIA EN ATENPRO (Revisión Anual)

Centro o servicio que remite la solicitud:

Entidad adherida de la que depende:

Profesional remitente:

Telf. 1:  Telf. 2:

Fax:  E mail:

Observaciones localización:

Cargo

### MEDIDA CAUTELAR DE ALEJAMIENTO/ORDEN DE PROTECCIÓN

Fecha en que se acordó

Duración

#### En caso de no poseer medida en vigor, rellenar el cuadro adjunto:

- Ha presentado denuncia y no se ha acordado por el órgano judicial ninguna medida cautelar.
- El plazo de duración de la pena o medida cautelar ha finalizado.
- El proceso penal ha finalizado con sentencia absolutoria. Archivo/Sobreseimiento de la causa
- Otros: en su caso, especificar en observaciones.

#### OBSERVACIONES

Mediante la presente les comunico que desde el servicio reseñado se ha comprobado que la usuaria sigue cumpliendo los requisitos de acceso al Servicio ATENPRO y que éste es adecuado a la situación de la mujer, por lo que procedemos a confirmar su continuidad en el mismo:

Número de expediente:

Fecha de alta:

Fecha de revisión

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Sello entidad:

Fdo: \_\_\_\_\_