



Solicitud Para la Compensación de la Víctima de Crimen

Sección 1 El Solicitante

Una solicitud se debe llenar para cada persona que busca ayuda.

Sección 1 debe ser llenada en todas las solicitudes. El solicitante es la persona que tiene gastos o está solicitando asistencia que resulta por un crimen. Si usted está llenando esta solicitud por parte de otra persona, ponga la información de esa persona en la Sección 1 y la información de usted en Sección 3.

PRIMER NOMBRE:	MEDIO NOMBRE:	APPELLIDO:	GÉNERO:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Relación a la víctima:	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (sin guiones): ¿Tiene el Solicitante Número de Seguro Social?	Fecha de Nacimiento (MMDDYYYY):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Domicilio

NÚMERO Y NOMBRE DE CALLE O CAJA POSTAL:	¿Desde la fecha del crimen, el solicitante ha estado en prisión, en libertad vigilada, o en libertad bajo palabra de honor por una felonía?
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Segunda Dirección (# apartamento o unidad):	CIUDAD:	ESTADO:	Código Postal:	TELÉFONO DE CASA:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TELÉFONO DE TRABAJO:	Ext.	CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO:	Tipo de Correo Electrónico:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Si usted es una víctima adulta y los gastos son para usted, pasa a la sección 4
Si no, continúe a la Sección 2**

Sección 2 La Víctima

La víctima del crimen es la persona que fue herida, amenzada con lesión, o fallecio a causa del crimen.

PRIMER NOMBRE:	MEDIO NOMBRE:	APPELLIDO:	GÉNERO:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (sin guiones): ¿Tiene la víctima Número de Seguro Social?	Fecha de Nacimiento (MMDDYYYY):	Si la Víctima Fallecio Fecha de Fallecimiento (MMDDYYYY):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Domicilio

NÚMERO Y NOMBRE DE CALLE O CAJA POSTAL:	¿Desde la fecha del crimen, la víctima ha estado en prisión, en libertad vigilada, o en libertad bajo palabra de honor por una felonía?
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Segunda Dirección (# apartamento o unidad):	CIUDAD:	ESTADO:	Código Postal:	TELÉFONO DE CASA:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TELÉFONO DE TRABAJO:	Ext.	CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO:	Tipo de Correo Electrónico:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Si usted está llenando esta solicitud en nombre de un menor o adulto incapacitado, continúe a la Sección 3
Si no, pasar por alto a la Sección 4**

Sección 3 El Padre o Guardián Aplicante

Esta sección es para padres o guardianes de menores o los adultos incapacitados indicado en la sección 1.
 Indique por favor su relación a la persona en la sección 1:

PRIMER NOMBRE:

MEDIO NOMBRE:

APPELLIDO:

GÉNERO:

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (sin guiones):
 ¿Tiene el padre or guardián Seguro Social?

Fecha de Nacimiento
 (MMDDYYYY):

¿Desde la fecha del crimen, ha estado **usted**
 en prisión, en libertad vigilada, o en libertad
 bajo palabra de honor por una felonía?

Domicilio

NÚMERO Y NOMBRE DE CALLE O CAJA POSTAL:

Segunda Dirección (# apartamento o unidad):

CIUDAD:

ESTADO:

Código Postal:

TELÉFONO DE CASA:

TELÉFONO DE TRABAJO:

Ext.

CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

Tipo de Correo Electrónico:

Continúe a la Sección 4

Sección 4 La Información Sobre Sus Gastos

Para la víctima de crimen, los beneficios siguientes pueden estar disponibles. Por favor marque las pérdidas relacionada al crimen que usted está solicitando. Por favor mande copias de cuentas, o una lista, de cualquier cuentas relacionadas al crimen.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gastos médicos y/o dentales | <input type="checkbox"/> Tratamiento de salud mental | <input type="checkbox"/> Pérdida de ingresos (si falta trabajo por causa del crimen) |
| <input type="checkbox"/> Gastos de mudanza o traslado | <input type="checkbox"/> Mejoras de la seguridad del hogar | <input type="checkbox"/> Modificaciones de casa o vehículo (para una víctima incapacitada por causa del crimen) |
| <input type="checkbox"/> Entrenamiento de trabajo (para una víctima incapacita por causa del crimen) | <input type="checkbox"/> Limpieza del lugar del crimen | <input type="checkbox"/> Gastos de guardería (childcare) |

Otros gastos relacionados al crimen:

Para alguien con excepción de la víctima del crimen, los siguientes beneficios pueden estar disponibles. Por favor marque las pérdidas relacionada al crimen que usted está solicitando. Por favor mande copias de cuentas, o una lista, de cualquier cuentas relacionadas al crimen.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tratamiento para la salud mental | <input type="checkbox"/> Pérdida de ingresos (hasta 20 días si un menor fallecio o es hospitalizado) | <input type="checkbox"/> Ayuda de sostenimiento (para dependientes de una víctima fallecida o incapacitada) |
| <input type="checkbox"/> Gastos de funerario y/o entierro | <input type="checkbox"/> Limpieza del lugar del crimen | <input type="checkbox"/> Mejoras de la seguridad del hogar |
| <input type="checkbox"/> Gastos medicos de la víctima que fallecio | <input type="checkbox"/> gastos de guardería (childcare) | |

Continúe con el resto de las secciones

SOLICITUD PARA CONCESIÓN DE EMERGENCIA:

Las concesiones de emergencia se solicitan en ciertas situaciones. Una concesión de emergencia tiene el proposito de pagar gastos relacionados por el crimen en casos donde usted sufriria dificultad financiera si los gastos relacionados por el crimen no se pagan. Dificultad financiera significa que no tendran dinero disponible para sus necesidades como comida o renta despues de pagar las cuentas relacionadas por el crimen. Las concesiones calificativas de la emergencia son generalmente pagadas dentro de 30 días.

¿Usted necesita pedir una concesión de emergencia? Si

Sección 5 La Información Sobre el Crimen

Nombre de la Agencia Policial:

NOMBRE DE LA AGENCIA POLICIAL A QUIÉN SE LE REPORTÓ EL CRIMEN:

Fecha(s) crimen ocurrido

DESDE:

Si fue una
 fecha, indique
 ← aquí

HASTA:

FECHA SE REPORTO EL CRIMEN:

NÚMERO REPORTE DE CRIMEN:

DESCRIBA LAS HERIDAS:

Lugar Del Crimen (Si es conocido)

NÚMERO Y NOMBRE DE CALLE O CAJA POSTAL:

Segunda Dirección

CIUDAD:

ESTADO:

Código Postal:

CONDADO DONDE OCURRIÓ EL CRIMEN:

Persona que cometió el crimen (sospechoso), si es conocido:

SOSPECHOSO
 DESCONOCIDO

TIPO DE CRIMEN::

PRIMER NOMBRE:

MEDIO NOMBRE:

APPELLIDO:

Sección 6 La Información del Representante (Un representante no es necesario para aplicar por la compensación de la víctima)

Esta sección es solamente para representantes, como defensores de víctimas y abogados. Los defensores de Asistencia de Víctimas solamente necesitan proveer su número de teléfono, nombre, número de centro, firma y fecha. Abogados, complete por favor esta sección totalmente.

NOMBRE DE ORGANIZACIÓN:

ID DE IMPUESTOS:

BARRA DEL ESTADO:

TELÉFONO:

Ext.

PRIMER NOMBRE:

MEDIO NOMBRE:

APPELLIDO:

Domicilio

NÚMERO Y NOMBRE DE CALLE O CAJA POSTAL:

Segunda Dirección:

CIUDAD:

ESTADO:

Código Postal:

Solamente Para Abogados:

¿Está pidiendo el pago conforme al
 Government Code Section 13957.7(g)?

Solamente Personal del Centro de Víctimas:

JP/VWC #:

Firma y fecha requeridas para todos los representantes

Firma de Abogado/Representate:

Fecha:

Sección 7 ¿Cómo Descubrió este Programa?

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Policía | <input type="checkbox"/> Fiscal del Distrito | <input type="checkbox"/> Proveedor Medico | <input type="checkbox"/> Servicios de Protección a Menores |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Protección para Adultos | <input type="checkbox"/> Proveedor de la Salud Mental | <input type="checkbox"/> Centro de Asistencia de Víctimas y Testigos | <input type="checkbox"/> Medio de prensa (TV, radio, periódico, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Cartelera o Cartelon | <input type="checkbox"/> Tarjeta o Folleto | <input type="checkbox"/> Otro: | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |

Sección 8 La Información de Reportaje Federal

La siguiente información **voluntaria** es para la **persona recibiendo compensación** y su uso solo es para estadísticas y solamente para cumplir con las normas federales.

Ethnicidad: Afro Americano Islas de Pacifico, Asia Hispáno Caucásica Americano Nativo Otro:

¿La víctima está incapacitada? ¿la víctima estaba incapacitada antes de la fecha del crimen?

Sección 9 La Información de Seguro

Por favor indique abajo la información del seguro. El Programa de Compensación para Víctimas es el último recurso de pago. Podemos contactar su compañía de seguros como un reembolso potencial.
Si usted no tiene ninguna clase de seguro, indique aquí:

Seguro Médico

NOMBRE DE COMPAÑÍA DEL SEGURO MÉDICO: # DE PÓLIZA: # DE GRUPO: TELÉFONO: Ext.

Domicilio
 NÚMERO Y NOMBRE DE CALLE O CAJA POSTAL: Segunda Dirección: CIUDAD: ESTADO: Código Postal:

Nobre del Asegurado
 PRIMER NOMBRE: MEDIO NOMBRE: APELLIDO: ¿Usted ha entablado una demanda de seguro relacionado a este crimen?

Seguro de Automóvil

NOMBRE DE COMPAÑÍA DEL SEGURO DE AUTOMÓVIL: # DE PÓLIZA: TELÉFONO: Ext.

Domicilio
 NÚMERO Y NOMBRE DE CALLE O CAJA POSTAL: Segunda Dirección: CIUDAD: ESTADO: Código Postal:

Nobre del Asegurado
 PRIMER NOMBRE: MEDIO NOMBRE: APELLIDO: ¿Usted ha entablado una demanda de seguro relacionado a este crimen?

Otro Seguro:

Por favor marque cualquier fuente adicional de seguro que se podría aplicar a su reclamo:

Medi-Cal Medicare Compensación Laboral Otro:

**Si tiene mas de un proveedor de seguro,
 por favor indique en otra hoja y envíelo con su solicitud.**

Sección 10 Información del Empleador

Indique por favor el empleador de la víctima. Si usted es un padre/guardián que busca los beneficios de pérdida de sueldo porque una víctima menor fue hospitalizada o falleció, indique a su empleador.

NOMBRE DE EMPRESA:	Persona de Contacto PRIMER NOMBRE:	APPELLIDO:	TELÉFONO:	Ext.	¿Podemos contactar su empleador?
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Domicilio

NÚMERO Y NOMBRE DE CALLE O CAJA POSTAL:	Segunda Dirección:	CIUDAD:	ESTADO:	Código Postal:
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

¿La víctima está/estaba autoempleada?

¿La víctima perdió tiempo de su trabajo debido a lesiones causada por el crimen?

¿El crimen ocurrió durante el trabajo o lugar de empleo?

**Si tiene mas de un empresa,
por favor indique en otra hoja y envíelo con su solicitud.**

Sección 11 Información de Demanda Civil

¿Usted ha entablado o piensa entablar una demanda civil relacionado a este crimen?

Atención: Si usted decide entablar una demanda civil, por ley, usted está requerido a notificar el Programa de Compansación para Víctimas dentro 30 días de presentar la demanda.

Nombre de Abogado

PRIMER NOMBRE:	MEDIO NOMBRE:	APPELLIDO:	TELÉFONO:	Ext.
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Domicilio

NÚMERO Y NOMBRE DE CALLE O CAJA POSTAL:	Segunda Dirección:	CIUDAD:	ESTADO:	Código Postal:
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Su solicitud para la compensación de la víctimas de crimen es casi completo.

- ▶ Después de llenar toda la información disponible, imprima la solicitud.
- ▶ Adjunte las copias de cualquier documentos que sostenga su solicitud para la compensación, incluyendo copias de cuentas relacionados al crimen, seguridad, o cualquier cosa relacionado al crimen. Guarde los documentos originales para sus archivos.
- ▶ Por favor lea la página siguiente cuidadosamente, apunte la firma y fecha, y envíela a la dirección indicada o llevala a su Centro local de Víctimas y Testigos.
- ▶ El Programa de Compensación para Víctimas (VCP) le enviará una carta que indica que se ha recibido su solicitud. La carta incluirá información adicional de beneficios pedido en su solicitud.
- ▶ Un representante del VCP podría contactarlo por más información si usted no pudo proporcionar lo necesario con su solicitud.
- ▶ Por cualquier pregunta sobre la Compensación de Víctimas, usted puede contactar a su Centro local de Víctimas y Testigos o llame al 1-800-777-9229.

Esta página debe ser firmada y ser fechada

Sección 12 Devulgación de Información

Le doy permiso a cualquier hospital, clínica, doctor, dentista, o proveedor de salud mental; a cualquier director de funeraria o persona similar; cualquier empleador; cualquier agencia del gobierno o policial, incluyendo el Dept. de Justicia, la Junta Estatal de Impuestos, y el Servicio de Impuestos Internos (IRS); cualquier compañía de seguro; o cualquier otra persona o agencia para que divulgue información relacionada con esta solicitud, incluyendo cualquier registro médico, de salud mental, y de condenas de felonías, al Programa de Compensación a la Víctima o sus representantes. Entiendo que la información se usará para determinar beneficios compensatorios, y el Programa solamente solicitará la información necesaria para decidir si compensar a la persona.

Entiendo que una fotocopia o FAX de este formulario firmado es tan válida como la original, y que mi firma da permiso para divulgar toda la información especificada en este formulario de autorización.

Entiendo que el Programa de Compensación a la Víctima o sus representantes puede tratar de conseguir restitución por parte del ofensor condenado en este caso para recuperar dinero que el programa haya pagado en mi nombre, y que al presentar esta solicitud he autorizado al programa para usar la información contenida en esta solicitud y otros reclamos posteriores con el fin de obtener restitución del ofensor condenado.

Estoy de acuerdo con que el Programa de Compensación a la Víctima o sus representantes le provean información sobre esta solicitud a cualquier representante nombrado en la misma, agencia gubernamental, o cualquier proveedor de servicios médicos, dentales, funerales o de entierro, y le podrán pagar al proveedor directamente si se fuera a aprobar pago de estos servicios.

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California (*Código Penal* §§ 72, 118, y 129) que he leído todas las preguntas y la solicitud completada, y que según mi leal saber e información, todas mis respuestas son verídicas, correctas, y completas. También entiendo que si he incluido cualquier información que sea falsa, incompleta intencionalmente, o engañosa, me podrían encontrar responsable bajo el *Código del Gobierno sección 12651* por presentar un reclamo falso y/o encontrarme culpable de un crimen menor o mayor, castigable por seis meses o más en la cárcel del condado, hasta cuatro años en la prisión estatal, y/o ser multado hasta diez mil dólares (\$10,000). Concuero que los permisos, los entendidos, y los acuerdos indicados arriba no tiene ninguna fecha de vencimiento y expirará sólo si yo los revoco en una escritura firmada.

Firma:	Fecha:
---------------	---------------

(Debe firmar el padre o guardián si la víctima es un menor o esta incapacitada.)

Sección 13 Mi Promesa al Programa de Compensación para Víctimas

Como lo requiere la ley de California, me pondré en contacto con el Programa de Compensación a la Víctima y le reembolsaré sus gastos si fuera a recibir cualquier pago de parte del ofensor, una demanda civil, póliza de seguro, o cualquier otra agencia del gobierno o privada en pago de los gastos por los cuales ya recibí pago por parte de este Programa. Entiendo que podría ser responsable de reembolsarle al Programa de Compensación a la Víctima cualquier cantidad que me hayan dado si se fuera a determinar posteriormente que no calificaba para dicha cantidad. Notificaré al Programa de Compensación a la Víctima si contrato a un abogado para representarme en cualquier acción relacionada con este crimen, o si fuera a llevar a cabo una acción por mi cuenta.

Cualquier dinero que reciba del Programa de Compensación a la Víctima para gastos de mudanza/traslado, mejorar el sistema de seguridad en el hogar, o para modificar una casa o vehículo para una víctima incapacitada se usará solamente para eso. Si soy víctima de violencia doméstica recibiendo dinero para mudarme/trasladarme, no le daré al ofensor mi domicilio, ni le permitiré que entre en mi propiedad en ningún momento, sino, pediré una orden de restricción en contra de él/ella.

En caso de que sea compensada alguna pérdida pecuniaria por el Programa de la Compensación de Víctimas y el Estado de California recibe subsiguientemente compensación para la misma pérdida en mi beneficio del perpetrado (inclusivo cualquier dinero recibido por una orden de la restitución) o de cualquier otra fuente, yo por el presente asigno el Programa de Víctimas y Testigos y Reclamos del Gobierno abordar cualquier y todo bien a tal compensación del duplicado.

Firma:	Fecha:
---------------	---------------

(Debe firmar el padre o guardián si la víctima es un menor o esta incapacitada.)

Nobre Escrito:

Envíe la solicitud completada al:
Victim Compensation & Government Claims Board
PO Box 3036
Sacramento, CA 95812-3036
- o -
Entrega a su local
Asistencia de Víctimas y Testigos

Para mas información llame:
1-800-777-9229
Problemas para escuchar, por favor llame al servicio de
Retransmisión de California (711)

www.victimcompensation.ca.gov
Ayudando a Víctimas de Crimen de California desde 1965