

SOLICITUD PARA COMPENSACIÓN DE VÍCTIMAS DE CRÍMENES

Favor de utilizar letra de molde y llenar ambos lados.

Página 1

For AGO use only:

VC#

DECLARACIÓN DE RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Entiendo que el Fondo de Compensación de Víctimas es un fondo de último recurso. Yo prometo informar a la División de cualquier dinero que reciba de cualquier otra fuente de recursos financieros por los gastos o pérdidas por las que he solicitado indemnización, y prometo reembolsarle al estado inmediatamente de los mencionados fondos o dinero otorgados a mí o en mi nombre. Si se realiza una compensación, yo autorizo a la División a hacer pagos directamente al proveedor de servicios si yo no respondo dentro de los 3 meses de la fecha de la Notificación en la Adjudicación.

Yo autorizo a cualquier hospital, centro médico, doctor, proveedor de salud mental, compañías de seguros, empleador, persona u organismo, incluidas las agencias estatales y federales, dar mi información a la División de Compensación Para Víctimas, incluidos los registros médicos y los resultados de las pruebas, que pueden incluir las pruebas de detección de drogas, alcohol, detección del VIH, e información relacionada con el SIDA. Yo entiendo que la información será utilizada para determinar mi reclamo para beneficios de compensación de víctima. No autorizo el uso o divulgación de esta información a ninguna persona o entidad para ningún otro propósito sin mi consentimiento por escrito, excepto cuando dicho uso o divulgación se proporcione por orden judicial o de otra manera por ley. Una fotocopia de esta autorización firmada es tan válida como el original. Esta autorización se caducará al llegar a una determinación final de todos los requisitos de acuerdo con MGL c. 258C y 940 CMR 14.00.

Certifico, bajo las penas y sanciones de perjurio, que toda la información y documentación presentada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi mejor información y creencia.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Padre o guardián si la víctima es menor.

Esta solicitud ha sido preparada por _____ a nombre de _____

I. INFORMACIÓN SOBRE LA VÍCTIMA

Nombre de la víctima: _____ Sexo: _____

Nombre Apellido

Dirección/postal: _____ Teléfono del hogar: (____) _____

Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono Celular: (____) _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad en el momento del incidente: _____ NSS: XXX-XX-_____
Mes Día Año

II. INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE *Si el solicitante es la víctima, escriba "la Misma persona"; si la víctima es menor de 18 años, la solicitud debe ser llenada por padres o guardianes.*

Nombre del solicitante: _____ Sexo: _____

Nombre Apellido

Dirección/postal: _____ Teléfono del hogar: (____) _____

Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono Celular: (____) _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Parentesco con la víctima: _____ NSS: XXX-XX-_____
Mes Día Año

Si llena esta solicitud en nombre de dependientes monores de la víctima, indique su parentesco con el menor:

La víctima, ó el solicitante en nombre de la víctima, han presentado una declaración antes? ___ Si ___ No

En caso que si, indique el mes y año en que presentó la declaracion. ____ / ____

III. INFORMACIÓN SOBRE EL CRIMEN *Tipo de crimen:*

- | | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Incendio provocado | <input type="radio"/> Pornografía Infantil | <input type="radio"/> Trafico de personas | <input type="radio"/> Agresión Sexual |
| <input type="radio"/> Asalto | <input type="radio"/> Maltrato sexual infantil | <input type="radio"/> Secuestro | <input type="radio"/> Acecho |
| <input type="radio"/> Robo (domiciliario) | <input type="radio"/> Manejando borracho | <input type="radio"/> Otros crímenes de vehículo | <input type="radio"/> Terrorismo |
| <input type="radio"/> Maltrato físico infantil/negligencia | <input type="radio"/> Homicidio | <input type="radio"/> Robo | <input type="radio"/> Other: _____ |

Lugar exacto del crimen: _____ Ciudad/Estado: _____

Fecha del crimen: ____ / ____ / ____ Fecha que reportó el crimen: ____ / ____ / ____ *Si el crimen no fué reportado dentro de 5 días, favor de explicar el Por qué en una declaración y adjunta.*
Mes Día Año Mes Día Año

Nombre del departamento de policía: _____ Nombre del oficial investigador: _____

Nombre de persona(s) que cometió el crimen si sabe: _____

Si usted ha sido atendido por un defensor de víctima en la corte u oficina del fiscal de distrito, favor indicar el nombre y teléfono del defensor: _____

Si no incluyó un reporte de la policía, describa brevemente el crimen y las lesiones causadas en una hoja de papel.

IV. INFORMACIÓN DE VICTIMIZACIÓN *Indique si una o más de las siguiente opciones está relacionada con el tipo de crimen que eligió:*

- Acoso de Bullying Violencia Doméstica y Familiar Abuso de Ancianos/Negligencia
- Crímenes de Odio Violencia Masiva

V. GASTOS *Indique tipos de gastos por los cuales usted solicita compensación.*

- Gastos médicos*
- Suministros médicos / de farmacia*
- Servicios dentales*
- Reemplazo de servicios de ama de casa*
- Gastos suplementarios de funeral/entierro*
- Reemplazo de artículo de cama/ropa*
- Pérdida de salario (para víctimas solamente)
- Pérdida de apoyo financiero (para dependientes de víctimas de homicidio)*
- Servicios funerarios/entierro*
- Limpieza de la escena del crimen*
- Gastos asociados de examen Forense de Agresión sexual*
- Gastos de consulta para víctimas*
- Gastos de consulta para los miembros de familia de víctimas de homicidio*
- Gastos de consulta para menores que son testigos de violencia contra un miembro de la familia*
- Medidas de Seguridad*
- Consejería/asesoramiento para padre no ofensor de una víctima menor de edad*

*Incluya copias de cuentas o recibos.

† Nombre de funeraria: _____

Dirección/postal: _____ Teléfono: (____) _____

VI. PÉRDIDA DE INGRESOS *Si busca pérdida de salario o apoyo financiero.*

Nombre del empleador de la víctima: _____ Persona a llamar: _____

Dirección/postal: _____ Teléfono: (____) _____

Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Si la víctima ha regresado o regresará al trabajo, calcular período de incapacidad: _____

Si está solicitando apoyo financiero para dependiente(s) de víctima de homicidio, complete los siguientes datos:

Nombre de dependiente(s)	Fecha de Nacimiento	NSS	Relación con la víctima
_____	____/____/____	XXX-XX-_____	_____
_____	____/____/____	XXX-XX-_____	_____
_____	____/____/____	XXX-XX-_____	_____

VII. OTRAS FUENTES DE ASISTENCIA FINANCIERA *Marcar todas las posibles fuentes para pagos de gastos total o parcial.*

- Seguro de salud "Cuidado gratuito" en el hospital Compensación laboral
- Seguro de vida o accidente Beneficios de desempleo Restitución
- Seguro de automóvil Beneficios por incapacidad Beneficios públicos (welfare, Medicare, SSDI)
- Otros (*favor especificar*): _____

Nombres de las compañías de seguros que son aplicables: _____

Dirección/postal: _____ Teléfono: (____) _____ Número de póliza: _____

¿Usted ha iniciado una demanda o piensa iniciar un demanda civil? Sí: _____ No: _____ No está seguro: _____

Si la respuesta es sí, nombre de abogado: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección/postal: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

VIII. INFORMACIÓN OPCIONAL *Para propósitos estadísticos solamente.*

Raza/grupo étnico de la víctima:

- Indio Americano / Nativo de Alaska Hispano/Latino Otra Raza
- Asiático Hawaiano Nativo/ Otras Islas del Pacifico Razas Múltiples
- Negro/Afro-Americano Blanco No deseo contestar la pregunta.

¿Quién lo refirió a la División de Compensación y Asistencia Para Víctimas? _____

Llenar y devolver la solicitud a:

Oficina de la Fiscal General, División de Compensación y Asistencia Para Víctimas
One Ashburton Place, Boston, MA 02108

Phone: (617) 727-2200 ext. 2160 Fax: (617) 742-6262 TTY: (617) 727-4765

Correo electrónico: VCCorrespondence@state.ma.us