Solicitud de Compensación de Víctimas de Crímenes

(Por favor escriba claramente en letras de molde y complete ambos lados)

Nombre de la Víctima **# Soc. Sec.**

(primer nombre) (segundo nombre) (apellido)

Dirección: _____

(El programa de Compensación de Víctimas le enviará información a esta dirección. Si usted no quiere recibir información en su casa, por favor de una dirección alterna)

Ciudad/Estado **Área Postal** _____ **Número Telefónico**

Su Nombre: ___ **Relación con la Víctima:** _____

(Si la víctima es menor o falleció)

Su Dirección: _____ **Ciudad/Estado** ____ **Área Postal**

Fecha de Nacimiento de la Víctima: _____ **Su # de Soc. Sec:** _

Crimen:

- ☐ Asalto (no por un miembro de la familia)
- ☐ Homicidio
- ☐ Asalto sexual
- ☐ Asalto sexual de niño/niña
- ☐ Abuso físico de niño/niña
- ☐ Conducir bajo la influencia de licor
- ☐ Violencia doméstica
- ☐ Abandono de la escena de un accidente
- ☐ Otro (por favor explique) _____

Opción:

Esta información es utilizada sólo para propósitos estadísticos. Se utiliza para cumplir con reglas federales.

Incapacitado: ☐ Si ☐ No

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Edad ☐ 17-menor ☐ 18-63 ☐ 64-mayor

Raza: ☐ Blanco ☐ Negro ☐ Hispano ☐ Indio Americano ☐ Asiático/Pacific Islander ☐ Otra _____

Quién lo refirió? Policía Oficina del Fiscal General ☐ Hospital ☐ Agencia de Servicios de Víctimas ☐ Otro _____

Autoridad donde se reportó el crimen: _____ **Caso #:** _____

Lugar exacto del crimen: _____ **Oficial que investigó el crimen:** _____

Fecha del crimen: _____ **Fecha del reporte del crimen:** _____

Fecha en que el crimen fue descubierto: _____

Nombre(s) de persona(s) que cometieron el crimen

Tiene la víctima hijos o dependientes?	☐ Si	☐ No
Faltó la víctima al trabajo por causa del crimen?	☐ Si	☐ No
Desea solicitar asistencia para gastos funerarios?	☐ Si	☐ No

Nombre de Empleador Contacto/Número Telefónico

Dirección Ciudad/Estado/Área Postal

Gastos por los cuales pide compensación:

- ☐ Sueldos perdidos de la víctima
- ☐ Pérdida de ayuda del dependiente de la víctima fallecida
- ☐ Gastos médicos de la víctima
- ☐ Gastos dentales
- ☐ Gastos de consejeros
- ☐ Consejeros para los sobrevivientes de una víctima de homicidio (padre/madre, esposo/a, hermano/a menor, hijos menores de edad.
- ☐ Gastos funerarios

Información de Seguro: ☐ Carro ☐ Medicaid/Medicare ☐ Compensación de trabajadores ☐ Médico ☐ Ninguno

Nombre, Dirección & Número de Póliza

Es usted representado por un abogado en un caso civil o contra un seguro? ☐ Si No ☐ No en este momento

Nombre de Abogado **Número Telefónico**

Dirección **Ciudad/Estado/Area Postal**

TIENE QUE LEER Y FIRMAR DONDE SEA NECESARIO

Describa brevemente el crimen y los perjuicios adquiridos:

_____

_____

_____

_____

Nombres de médicos, clínicas, hospitales, dentistas, ambulancias, etc.
(Envíe copias de facturas si están disponibles. Adjunte otra pagina si es necesario.)

Nombre	Dirección, Ciudad, Estado,Área Postal	Número Telefónico

ACUERDO DE PAGO

Yo entiendo que el fondo de Compensación para Víctimas es un fondo de último recurso. Yo entiendo que la ley de Rhode Island requiere que me comunique y que le devuelva al Programa de Compensación de Víctimas de Crímenes cualquier pago que yo reciba directamente del ofensor, de una demanda civil, del seguro, de una agencia privada o del gobierno, o de cualquier otro medio. Estoy de acuerdo con notificar al Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes si obtengo representación de un abogado en cualquier acción relacionada con este caso.

X _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Y autorizo a cualquier hospital, lugar médico, doctor, consejero, empleo, compañía de seguro, persona o agencia a dar la información necesaria al Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes. Entiendo que la información será sólamente usada para determinar los beneficios de compensación. Entiendo que los archivos son protegidos por la ley confidencial federal y bajo las leyes generales del estado de Rhode Island y no pueden ser reveladas sin mi consentimiento escrito al no ser requerido por la ley. Cualquier información revelada o recibida como resultado de este consentimiento no será compartida con ninguna otra persona, organización u otra entidad, sin obtener otro consentimiento escrito. Puedo retirar este consentimiento notificando por escrito a la agencia mencionada anteriormente antes que la información sea compartida. Autorizo que una copia de este consentimiento sea aceptada con la misma autorización que el original.

Certifico que la información y la documentación adjunta con esta aplicación es verdadera y de acuerdo con mi conocimiento.

X _____ Fecha _____

Devuelva la Solicitud Completa a:
Crime Victim Compensation Program
Office of the General Treasurer
40 Fountain Street
Providence, RI 02903