



SOLICITUD PARA COMPENSACIÓN DE VÍCTIMAS DE CRIMEN

Weld County District Attorney's Office

Michael J. Rourke-District Attorney

Post Office Box 1167 • 915 Tenth Street • Greeley, CO 80632 • (970) 356-4010 • Fax (970) 336-7224

El Programa de Compensación de Víctimas de Crimen opera sobre el C.R.S §24-4.1-101 et seq.

Requisitos de Elegibilidad:

1. El crimen debe ser uno en que la víctima haya sufrido daño corporal o mental, muerte, o la víctima haya sufrido daños a su propiedad, como las cerraduras, ventanas o puertas resultando de un crimen que puede ser compensativo.
2. La víctima tiene que cooperar con los oficiales del ministerio público (policía, fiscal de distrito, etc.).
3. La policía a sido notificada dentro las 72 horas después que el crimen haya ocurrido.
4. El daño o la muerte de la víctima no es el resultado de su propio mal proceder.
5. La victimización se produjo en o después del 01 de julio de 1982.
6. La solicitud para compensación tiene que haber sido sometida dentro un año después de la fecha del crimen; seis meses para daños de propiedad.
7. El crimen ocurrió en Weld County o en otro Estado o país donde no existe ningún programa de compensación de víctima y la víctima es un residente del Weld County. Nota: Para información sobre programas en otros distritos judiciales, póngase en contacto con nuestra oficina.

NOTA: El Consejo de Compensación de Víctimas PUEDE renunciar algunos de estos requisitos para el interés de la justicia o para la buena causa.

Información General:

1. No tiene que haber un arresto para que la víctima pueda ser elegible para recibir compensación.
2. Compensación se puede recibir para gastos médicos, asistencia psicológica, dentaduras, lentes, aparatos auditivos, o cualquier otro prótesis o aparato médico, pérdida de ingresos, cuidado médico fuera del hospital, servicios médicos en casa, gastos funerales y pérdida del sostenimiento para los dependientes.
3. Compensación se puede recibir para reemplazar o reparar la propiedad dañada como puertas, ventanas, o cerraduras que resultaron dañadas durante el acto del crimen.
4. Por ley, la víctima tiene que aplicar a otras fuentes disponibles de ayuda financiera, incluyendo seguros privados, seguros de Medicaid o Medicare.
5. Por favor adjunte todos las facturas **detallar** y recibos. Usted puede aplicar aunque no haya recibido ninguna factura hoy.
6. Su reclamo será investigado y presentado al Consejo de Compensación de Víctimas. Este proceso se puede tardar hasta 60 días.
7. Lo máximo que puede recibir es \$30,000. Por poliza del Consejo de Compensación de Víctimas, compensación es limitada a ciertas categorías. Ciertos distritos no pagan lo máximo de \$30,000.
8. Si su demanda es negada, Ud. tiene derecho de pedir una apelación del Consejo y tiene derecho de someter nueva o información adicional relacionada a las razón(es) que el Consejo uso para negar o reducir su demanda. Usted puede pedir una apelación contactando al programa de Compensación de Víctimas dentro de 30 días después de que reciba una noticia de negación o reducción de su reclamo. Si solicita una apelación, se le mandara mas información sobre el proceso por correo. Si la decisión del Consejo es mantenida, Ud tiene 30 días en que esta decisión puede ser revisada por Las Reglas de Colorado del Procedimiento Civil.

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN DE COMPENSACIÓN DE VÍCTIMA DE CRIMEN

Instrucciones del uso de la remuneración de la víctima del crimen conforme al estatuto 24-4.1-105 (2) (a), el aspirante deben proveer del programa de la remuneración cualquier información pedida por el programa como necesario para procesar el uso. Los usos incompletos serán vueltos o retrasados hasta que se recibe toda la información.

SECCIÓN 1 - INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA: La víctima primaria es la persona que fue dañada o matada. Una víctima secundaria es alguien con un tipo cercano, relación familiar con la víctima o alguien que sean un testigo al crimen. Un uso separado se requiere para cada aplicación del miembro de la familia (a excepción de la salud mental de víctimas secundarias). El número de Seguridad Social se utiliza para verificar solamente las cuentas y la renta perdida sometidas para el pago.

SECCIÓN 2 - INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE: Ésta es la persona que será entrada en contacto con respecto a esta demanda. Puede ser la misma persona que la víctima o primaria puede ser un miembro legal del guarda o de la familia de la víctima primaria. *Esta sección debe ser completada si la víctima es menor de edad o un difunto.

SECCIÓN 3 - PLEITO CIVIL: Firmando el uso, usted acuerda compensar cualquier fondo que usted reciba en un pleito civil para los costos pagados por el programa de la remuneración.

SECCIÓN 4 - INFORMACIÓN DEL CRIMEN: Terminar esta sección entera, al mejor de su conocimiento, nos ayuda a cerciorarnos de que tenemos el informe correcto a ir con su uso. Usted no necesita proporcionar una copia de este informe.

SECCIÓN 5 - EL SEGURO Y LA OTRA INFORMACIÓN COLATERAL DE LA FUENTE: Por el estatuto federal y de estado, la remuneración de la víctima del crimen es el pagador del último recurso. Si usted tiene cualesquiera otros recursos disponibles para el pago para las cuentas que usted está sometiendo, usted debe divulgar esta información. Los usos incompletos le serán vueltos. Usted puede ser requerido someter una forma separada de la subrogación para las cajas del automóvil.

SECCIÓN 6 - PEDIDO SERVICIOS: Esta sección tiene ocho subdivisiones: Marque los servicios que usted está solicitando ayuda con o que usted anticipa necesitar ayuda. Escriba no aplicable (N/A), si usted no está solicitando la ayuda para esa subdivisión.

- **Medico:** Todas las cuentas detalladas sometidas se deben relacionar **directamente** con el crimen y son en última instancia su responsabilidad. El crimen relacionado manda la cuenta o las estimaciones se deben remitir al programa de la remuneración como usted las recibe. Si usted está solicitando el reembolso, someta por favor los recibos o la otra prueba del pago con la cuenta detallada.
- **Artículos médicos personales:** Esto refiere a cualquier dispositivo médicamente necesario que fuera robado o dañado como resultado del incidente criminal. Esto incluye los audífonos, los cristales, las dentaduras, el etc. Envíe las cuentas o las estimaciones detalladas.
- **Gastos funerales:** Por favor sepamos si usted ha pagado ya costos fúnebres o si las cuentas siguen siendo excepcionales. Somete todas las cuentas o recibos que usted desee ser considerado para el pago o el reembolso. La persona que pagó el entierro es la persona elegible recibir el reembolso si la demanda es aprobada.
- **Salarios perdidos:** Usted puede solicitar la pérdida de ganancias solamente si usted faltó el trabajo debido a lesiones físicas o emocionales relacionadas con el crimen y usted no tomó las vacaciones pagadas proporcionadas por su patrón. Una forma perdida de los salarios será enviada a usted. Si usted es independiente, le pedirán someter una copia de la declaración de impuestos de su año pasado. La nota de un doctor se puede solicitar para más de una semana de salarios perdidos. La pérdida de renta debido a la investigación, médica/aconsejando citas y audiencias de corte no es elegible.
- **Pérdida de ayuda a los dependientes:** Si la víctima primaria ha muerto como resultado de un crimen, las personas que estaban enteramente o parcialmente dependiente sobre la renta de la víctima primaria pueden solicitar los fondos para la pérdida de ayuda. También, si se resuelven ciertos criterios, la pérdida de ayuda se puede conceder en otros casos. Por favor entre en contacto con nosotros para más información.
- **Característica residencial/seguridad inmediata:** El tablero no puede reparar o substituir la característica a excepción de puertas, de cerraduras y de ventanas residenciales exteriores. El tablero puede poder asistir con las otras necesidades de seguridad o limpieza inmediatas de la escena de crimen. Por favor entre en contacto con nuestra oficina para la información adicional.
- **Petición de la emergencia:** Las concesiones de la emergencia dentro de 72 horas de funcionamiento se pueden solicitar para las situaciones urgentes que requieren la acción inmediata. NOTA: El asesoramiento mental de la salud no se puede repasar como emergencia.
- **Terapia Psicológica:** Para las víctimas o los testigos primarios y secundarios a un crimen. El tablero aprobará solamente terapia con terapeutas licenciados del estado o un abastecedor del tratamiento bajo supervisión directa de una quién es licenciado.

SECCIÓN 7 – Descargo de información y los derechos de las víctimas y las responsabilidades: Sus iniciales por cada sección, así como su firma y la fecha son necesarias para terminar el uso y autorizar el programa de la remuneración para verificar cuentas en su favor. Los usos incompletos se pueden volverle y retrasar el pago.



SOLICITUD PARA COMPENSACIÓN DE VÍCTIMAS DE CRIMEN
Weld County District Attorney's Office **Michael J. Rourke-District Attorney**
 Post Office Box 1167 • 915 Tenth Street • Greeley, CO 80632 • (970) 356-4010 • Fax (970) 336-7224

SECCIÓN 1-INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA Favor de cumplir cada línea. Escriba NA si la pregunta no es aplicué.

_____		_____
Nombre de la Víctima (Primero, Segundo, Apellido)		Número de Seguro Social
_____		_____
Domicilio		Ciudad/Estado/Código Postal
_____		_____
Teléfono del Hogar	Teléfono del Trabajo	Otro Teléfono
_____		_____
E-Mail	Fecha de Nacimiento	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

La siguiente información es usada en estadísticas solamente. Esta información es necesaria para reglamentos Federales.

Discapacitado:	Raza:	¿Quién le remitió al Programa de Compensación de Víctimas?
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Anglo	<input type="checkbox"/> La Policía
<input type="checkbox"/> Físico	<input type="checkbox"/> Africano Americano	<input type="checkbox"/> Fiscal del Distrito
<input type="checkbox"/> Mental	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino/a	<input type="checkbox"/> Servicios Humanos
	<input type="checkbox"/> Americano Nativo	<input type="checkbox"/> Hospital/Médico
	<input type="checkbox"/> Asiático/Pacífico	<input type="checkbox"/> Terapeuta
	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____

SECCIÓN 2—INFORMACION DE LA PETICIONARIO Favor de cumplir si la víctima es menor de edad, muerto o incapacitado.

_____		_____
Nombre de Solicitante (Custodio/Familia)		Relación a la Víctima
_____		_____
Domicilio		Ciudad/Estado/Código Postal
_____		_____
Teléfono del Hogar		Otro Teléfono
_____		_____
Fecha de Nacimiento		E-mail

SECCIÓN 3-PLEITO CIVIL-El Consejo de Compensación de Víctima tiene que ser notificado de cualquier acción civil y tiene que recibir documentación sobre cualquier arreglo y acuerdo de dinero.

¿Piensa Ud. Demandar a la persona(s) o negocios/agencia responsable por esta herida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si contesta que si, por favor conteste la siguiente información:	
El Nombre de su Abogado Civil: _____	

Domicilio	Teléfono

SECCIÓN 4 – INFORMACIÓN DEL CRIMEN – Todos los solicitantes tienen que completar esta sección.

Tipo de Crimen:	
<input type="checkbox"/> Violencia Domestica	<input type="checkbox"/> Asalto
<input type="checkbox"/> Conducir Embragado/ Homicidio Vehicular	<input type="checkbox"/> Asalto Físico de niño
<input type="checkbox"/> Asalto Sexual – Adulto	<input type="checkbox"/> Asesinato/Homicidio
<input type="checkbox"/> Robo/Daño Criminal	<input type="checkbox"/> Daño Criminal
<input type="checkbox"/> Asalto Sexual de un niño por un miembro de la familia	<input type="checkbox"/> Asalto Sexual de un niño por una persona extraña
<input type="checkbox"/> Secuestro	<input type="checkbox"/> Otro _____
Fecha de Crimen:	Policía /agencia donde fue reportado:
Numero de reporte de la Policía:	Policía Oficial Asignado:
Nombre del sospechoso:	Relación a la víctima:
¿Paso el crimen en el trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Condado donde ocurrió:
¿Han cargado al sospecho ante el tribunal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Número de caso de la fiscalía, si está disponible:

SECCIÓN 5 – INFORMACIÓN DE SEGURO - Esta sección se debe terminar para que la demanda sea procesada.

¿Usted tiene seguro médico? Si No

¿Usted sabe de seguro de automóvil que pueda cubrir esta demanda? Si No

¿Usted tiene seguro de casa/inquilino que cubriera esta demanda? Si No

Si sí a ninguno de estos, termine por favor el siguiente:

- Todas las cuentas se deben someter al seguro primero.
- Las copias de todas las cuentas con declaraciones del seguro se deben someter para recibir **Compensación de Víctimas de Crimen**.

<p>Si sí, tache en seguida:</p> <p>____ Seguro Privado</p> <p>____ Seguro de Grupo</p> <p>____ Medicaid</p> <p>____ Medicare</p> <p>____ CHP</p> <p>____ Colorado Indigente Care Programa (CICP)</p> <p>____ Compensación del Trabajo</p> <p>____ Seguro de Automóvil</p> <p>____ Seguro de Casa/Inquilino</p> <p>____ Otro</p>	<p>Si contesta sí, por favor conteste la siguiente información:</p> <p>Nombre de los asegurados de persona _____</p> <p>Nombre de la compañía de seguro _____</p> <p>Numero de la póliza _____</p> <p>Teléfono _____</p> <p>Cantidad de Deducible _____</p> <p>Otro Seguro Aplicable _____</p> <p>_____</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ADJUNTE TODAS LAS FACTURAS Y RECIBOS. POR FAVOR MANDE CUALQUEIR FACTURA QUE RECIBE EN EL FUTURO. VUELVA TODAS LAS PÁGINAS DEL USO TERMINADO A: **PROGRAMA DE INDEMNIZACIÓN PARA VICTIMAS DE UN DELITO, PO BOX 1167, GREELEY, CO 80632 O POR FAX (970) 336-7224.** Para más información, llama por favor (970) 356-4010, ext 4746.

SECCIÓN 6 – BENEFICIOS Por favor marque cada tipo de reclamo por el cual esta pidiendo compensación y conteste la información requerida a continuación o marque el tipo de demanda N/A.

____ **SERVICIOS MÉDICOS/DENTAL:** Someta las copias de cuentas y de declaraciones médicas detalladas del seguro.

____ **ARTÍCULOS MÉDICOS PERSONALES:** Someta copias de las factures medicas, se las tiene. (Limitadas a artículos médicos que fueron dañados o destruidos durante el crimen).

Lentes/Lentes de Contacto: Si No

Dentaduras: Si No

Audífono: Si No

Articulo de Prótesis: Si No

Otro: _____

____ **GASTOS FUNERALES:** Adjunte todos las factures y recibos, se las tiene.

Nombre de la persona que pagó los gastos funerales (si fuera aplicable): _____

____ **SALARIOS PERDIDOS:** Una forma perdida de los salarios será enviada a usted si se comprueba esta caja. Los salarios perdidos más de una semana requieren la nota de un doctor que verifica licencia médica. Si usted es independiente, una copia de la declaración de impuestos del año pasado debe ser proporcionada. ¿Pudo la víctima utilizar los siguientes tipos de licencia debido a lesión física o emocional causadas por el crimen?

Licencia Médica: Si No

Tiempo de Vacaciones: Si No

Tiempo Personal: Si No

NOTA: Los pedidos para salarios perdidos requieren la sumisión de un número de Seguridad Social que sea verificado. La otra documentación se puede pedir según lo necesitado.

____ **PÉRDIDA DE AYUDA A LOS DEPENDIENTES:** Los parientes que estaban enteramente o parcialmente dependiente sobre la renta de la víctima a la hora de muerte pueden ser elegibles para la remuneración. También, en ciertos casos (e.g. La violencia doméstica o el asalto sexual del niño), una víctima primaria puede calificar para la pérdida de ayuda si satisface ciertos criterios. Por favor llamar para más información.

____ **PROPIEDAD RESIDENCIAL/SEGURIDAD:** Reembolso por puertas residenciales exteriores, cerraduras, y ventanas dañadas o destruidas durante el crimen.

Puerta

Cerraduras

Ventanas

Otro: _____

____ **FONDOS DE EMERGENCIA:** Las víctimas de la ayuda de MAYO de los fondos de remuneración de la víctima si se determinan para requerir la ayuda de la emergencia (una situación urgente que requiere la acción inmediata) como un resultado directo del crimen. Tales concesiones no pueden exceder \$1.000.

SECCIÓN 6 –CONTINUACIÓN DE BENEFICIOS

<input type="checkbox"/> TERAPIA PSICOLÓGICA – Víctima Primaria: Enviar copias de las facturas detalladas, si aplicable. Si ya en terapia, por favor proporcione lo siguiente:		
Nombre de terapeutas: _____	Teléfono: _____	
<input type="checkbox"/> TERAPIA PSICOLÓGICA –Víctima Secundaria: (Miembros de la Familia)		
Nombre de miembros de la Familia	Sustantivo	Fecha de Nacimiento
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

SECCIÓN 7 – DESCARGO DE INFORMACIÓN Y LOS DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS Y LAS RESPONSABILIDADES – Leer por favor cuidadosamente y firme con iniciales cada sección.

<input type="checkbox"/> Certificación de la Aplicación: Toda la información dada en esta aplicación para El Consejo de Compensación de Víctimas es verdadera y precisa de acuerdo a mi conocimiento. Yo entiendo que dar información falsa puede resultar en la negación de mi reclamo y puedo ser castigado por la ley.
<input type="checkbox"/> Cooperación: Yo entiendo que mi falta de cooperación con la policía o fiscal del distrito o sheriff, puede resultar que mi reclamo sea negado.
<input type="checkbox"/> Proceso de Aplicación Alternativa: Si usted siente que el Consejo de Compensación de Víctimas en su distrito no puede revisar su reclamo porque hay una relación personal entre Ud. y miembros del Consejo, su reclamo puede ser revisado por otro distrito. Si su reclamo es aprobado, las facturas serán pagadas en esta oficina. Yo entiendo que esto puede causar que el proceso de mi reclamo se retrase.
<input type="checkbox"/> Reembolso al Consejo de Compensación de Víctimas: Estoy de acuerdo en reembolsar al programa del Consejo de Compensación de Víctimas si recibo pagos del infractor (indemnización o acción civil), del seguro, gobierno o agencia privada quien pague estos gastos después de que se hayan pagado por El Consejo. Además, entiendo que la restitución será buscada de los delincuentes a través del caso criminal o juvenil.
<input type="checkbox"/> Acuerdo de Subrogue: Yo entiendo que aceptar compensación del Consejo de Compensación de Víctimas, le estoy dando permiso al Estado de que subrogue a cualquier recompensa que yo reciba en el futuro por cualquier causa o acción.
<input type="checkbox"/> Autorización para la difusión de información: Por medio del presente, doy autorización a todos los hospitales públicos o privados, doctores, sitios médicos, agencias de seguros o cualquier otra agencia o persona que tenga información sobre mi reclamo de proveer información de mis archivos o dar validación a mi reclamo. Entiendo que cualquier información dada puede ser revelada por ley.
<input type="checkbox"/> Descargo de Fondos: Por el Acto de Consejo de Compensación de Víctimas, yo autorizo descargo de fondos compensados a mí que sean directamente pagados a agencias o personas médicas que son aplicables a mi reclamo. Yo entiendo que cualquier compensación es sujeta a fondos disponibles y a la discreción del Consejo.
<input type="checkbox"/> Derecho de Reconsideración: Como solicitante, Ud. tiene derecho de pedir un apelación del Consejo si su reclamo es negada. Ud. puede presentar evidencia y testigos. En la audiencia, Ud. como el solicitante, tiene que probar que su reclamo es razonable y compensatorio bajo los términos del Acto de Consejo de Compensación de Víctimas. En el evento de que su negación es mantenida por El Consejo, Ud. tiene 30 días en que esta decisión es revisada por Las Reglas de Colorado del Procedimiento Civil.

Nombre

Fecha

Firma de la Víctima o Pretendiente (Someta por favor la firme original)

***El padre o el guarda debe firmar par las víctimas bajo 18 años de edad.