



# SOLICITUD PARA COMPENSACIÓN DE VICTIMAS 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. 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.
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.

**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 todas las facturas y recibos **detallados**. Usted puede aplicar aunque aún no haya recibido ninguna factura
6. Su reclamo será investigado y presentado al Comité de Compensación de Víctimas. Este proceso se puede tardar hasta 60 días.
7. Lo máximo que puede recibir es \$30,000. Por poliza del Comité de Compensación de Víctimas, compensación es limitada a ciertas categorías. Por favor llame al (970)356-4010 para obtener información sobre límites específicos.
8. Si su demanda es negada, Ud. tiene derecho de pedir una apelación del Comité y tiene derecho de someter nueva o información adicional relacionada a las razón(es) que el Comité 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 enviará por correo más información sobre el proceso. Si la decisión del Comité es mantenida, Ud tiene 30 días en que esta decisión puede ser revisada por Las Reglas de Colorado del Procedimiento Civil.
9. Si las facturas relacionada con el crimen se han entregado a una agencia de cobranza, favor de comunicarse con el Programa de la compensación de víctimas al número de arriba.
10. Cualquier material recibido, producido o guardado por el programa de Compensación de Víctimas, o un fiscal de distrito en relación con una solicitud de Compensación de Víctimas hecha bajo el estatuto revisado de Colorado 24-4.1-100.1 es confidencial.
11. En caso de que el tribunal emita una citación para su reclamo o material dentro del reclamo de conformidad con C.R.S. 24-4.1-302.5(1)(d)(VII), usted tiene derecho a ser notificado por la oficina del distrito fiscal.

# 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 solicitante debe proveer al programa de Compensación de Víctimas cualquier información solicitada por el programa según sea necesario para procesar la solicitud. Las solicitudes incompletas serán devueltas o retrasadas hasta que el programa reciba toda la información. Personas con problemas de audición, de visión o con un dominio limitado del inglés pueden llamar al (970) 356-4010 para obtener ayuda con la solicitud.

**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. Se requiere una solicitud separada para cada miembro de la familia (a excepción de la salud mental de víctimas secundarias). El número de Seguridad Social se utiliza solamente para verificar las facturas y pérdida de ingresos sometidas para pago.

**SECCIÓN 2 - INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE:** Ésta es la persona que será contactada con respecto a este reclamo. Puede ser la misma persona que la víctima primaria, puede ser un guardián legal 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:** Al firmar la solicitud, acepta reembolsar cualquier fondo que reciba en un pleito civil por los gastos pagados por el programa de compensación.

**SECCIÓN 4 - INFORMACIÓN DEL CRIMEN:** Completando toda esta sección a su leal saber y entender, nos ayuda a asegurarnos de que tenemos el reporte correcto para su solicitud.

**SECCIÓN 5 - EL SEGURO Y LA OTRA INFORMACIÓN COLATERAL DE LA FUENTE:** Por el estatuto federal y de estado, la compensación de víctimas de crimen es el pagador del último recurso. Si usted tiene otros recursos disponibles para el pago de las facturas que usted está sometiendo, usted debe revelar esta información. Los usos incompletos le serán devueltas. Usted puede ser requerido someter una forma separada de la subrogación para casos de 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. Las facturas o presupuestos relacionadas con el crimen deben ser enviados al programa en cuando los reciba. Si usted está solicitando un reembolso, someta por favor los recibos o la otra prueba del pago con la cuenta detallada.
- **Artículos médicos personales:** Esto se refiere a cualquier dispositivo médicamente necesario que fue robado o dañado como resultado del incidente criminal. Esto incluye los audífonos, los anteojos, las dentaduras postizas, etc. Envíe las facturas o las estimaciones detalladas.
- **Gastos funerales:** Por favor háganos saber si usted ha pagado gastos del funeral o si las facturas siguen pendientes. Someta todas las facturas o recibos que usted desee ser considerado para el pago o el reembolso. La persona que pagó el funeral es la persona elegible para recibir el reembolso si el reclamo es aprobado.
- **Salarios perdidos:** Usted puede solicitar la pérdida de ingresos solo si usted faltó el trabajo debido a lesiones físicas o emocionales relacionadas con el crimen y usted no tomó vacaciones pagadas proporcionadas por su empleador. Una forma de pérdida de salarios será enviada a usted. Si usted trabaja independiente o por cuenta propia, tendrá que someter una copia de la declaración de impuestos del año pasado. Puede que el programa solicite una nota de un doctor para más de una semana de salarios perdidos. La pérdida de ingresos debido a la investigación, nombramientos médicos/de consejería y audiencias judiciales no es elegible. El dinero que fue robado en un crimen no es un gasto elegible..
- **Pérdida de ayuda a los dependientes:** Si la víctima primaria ha muerto como resultado de un crimen, las personas que dependían total o parcialmente de los ingresos de la víctima primaria pueden solicitar fondos para la pérdida de ayuda. Además, si se cumplen ciertos criterios, la pérdida de ayuda se puede conceder en otros casos. Por favor llame al número del programa para más información.
- **Característica residencial/seguridad inmediata:** El comité no puede reparar o reemplazar propiedad con la excepción de puertas, cerraduras y ventanas residenciales exteriores. El comité puede asistir con otras necesidades de seguridad inmediatas o limpieza de la escena de crimen. Por favor llame al número del programa para más información.
- **Petición de la emergencia:** Fondos de emergencia dentro de 72 horas de funcionamiento se pueden solicitar para las situaciones urgentes que requieren acción inmediata. NOTA: Asistencia para la salud mental NO se puede solicitar como emergencia. Por favor llame al número del programa para más información.
- **Terapia Psicológica:** Para las víctimas primarias y secundarias o los testigos de un crimen en el mismo hogar. El comité solo aprobará terapia con terapeutas con licencia estatal o un proveedor de tratamiento bajo la supervisión directa de alguien que tenga licencia.

**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 completar la solicitud y autorizar el programa de compensación a verificar facturas a su favor. Las solicitudes incompletas serán devueltas y retrasarán 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.**

<b>Discapacitado:</b>	<b>Raza:</b>	<b>¿Quién le remitió al Programa de Compensación de Víctimas?</b>
<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?  Si  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.

<b>Tipo de Crimen:</b> <input type="checkbox"/> Violencia Domestica <input type="checkbox"/> Asalto <input type="checkbox"/> Asalto Físico de niño <input type="checkbox"/> Conducir Embragado/ Homicidio Vehicular <input type="checkbox"/> Asesinato/Homicidio <input type="checkbox"/> Asalto Sexual de un niño por un miembro de la familia <input type="checkbox"/> Asalto Sexual – Adulto <input type="checkbox"/> Daño Criminal <input type="checkbox"/> Asalto Sexual de un niño por una persona extraña <input type="checkbox"/> Robo/Daño Criminal <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**.

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

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:** La forma de perdida de salarios será enviada por correo si esta caja esta **marcada** Los salarios perdidos de más de una semana requieren la nota de un doctor que verifique el tiempo fuera del trabajo (licencia médica). Si usted es trabajador independiente, una copia de la declaración de impuestos del año pasado debe ser proporcionada. ¿Pudo la víctima utilizar alguno de los siguientes tipos de Tiempo? debido a lesión física o emocional causadas por el crimen?

**Dias de Enfermo:**  Si  No **Días de Vacaciones:**  Si  No **Días Personales:**  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 total o parcialmente dependiente sobre los ingresos de la víctima a la hora de muerte pueden ser elegibles para la compensación. 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:** Los fondos del programa de Compensación de Víctimas puede ayudar a las víctimas si se determina que la ayuda se necesita de emergencia (una situación urgente que requiere la acción inmediata) como un resultado directo del crimen. Tales gastos no pueden exceder \$2,000.

## SECCIÓN 6 –CONTINUACIÓN DE BENEFICIOS

<input type="checkbox"/> <b>TERAPIA PSICOLÓGICA – Víctima Primaria:</b> Envié copias de las facturas detalladas, si corresponde. Si ya esta en terapia, por favor proporcione lo siguiente:		
Nombre de terapeutas: _____	Teléfono _____	
<input type="checkbox"/> <b>TERAPIA PSICOLÓGICA –Víctima Secundaria:</b> (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 – Lee por favor cuidadosamente y firme con iniciales cada sección.

<input type="checkbox"/> <b>Certificación de la Aplicación:</b> Toda la información contenida en esta solicitud para la Compensación de Víctimas es verdadera y precisa de acuerdo con mi leal saber y entender. Entiendo que presentando información falsa puede resultar en la negación de mi reclamo y puedo ser castigado por la ley.
<input type="checkbox"/> <b>Cooperación:</b> 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"/> <b>Proceso de Aplicación Alternativa:</b> Si usted siente que la Compensación de Víctimas en su distrito no puede revisar su reclamo porque hay una relación personal entre Ud. y miembros del programa, su reclamo puede ser revisado por otro distrito. Si su reclamo es aprobado, las facturas serán pagadas en esta oficina. Entiendo que esto puede causar que el proceso de mi reclamo se retrase.
<input type="checkbox"/> <b>Reembolso de la Compensación de Víctimas:</b> Estoy de acuerdo en reembolsar a el programa de Compensación de Víctimas si recibo pagos del infractor (restitución o acción civil), del seguro, gobierno o agencia privada quien pague estos gastos después de que se hayan pagado por la compensación. Además, entiendo que la restitución será buscada de los delinquentes a través del caso criminal o juvenil.
<input type="checkbox"/> <b>Acuerdo de Subrogo:</b> Yo entiendo que al aceptar compensación de la Compensación de Víctimas, le estoy dando permiso al Estado de que subroge a cualquier recompensa que yo reciba en el futuro por cualquier causa o acción.
<input type="checkbox"/> <b>Autorización para la difusión de información:</b> 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 proporcionada puede ser revelada por ley.
<input type="checkbox"/> <b>Descargo de Fondos:</b> Por el Acto 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 Comité.
<input type="checkbox"/> <b>Derecho de Reconsideración:</b> Como solicitante, Ud. tiene derecho de pedir una apelación ante el Comité si su reclamo es negada. Tendrá derecho a 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 Compensación de Víctimas. En el evento de que su negación es mantenida por El Comité, 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 firma original)

\*\*\*El padre o el guardián legal debe firmar por las víctimas bajo 18 años de edad.