



Solicitud de Compensación a Víctimas de Delitos

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 del solicitante

Ingrese información sobre la persona que solicita asistencia. Se requiere una solicitud separada para cada persona que solicita servicios. Si está completando esta solicitud para alguien menor de 18 años, incapacitado o fallecido coloque su información en esta sección. Para obtener ayuda con esta solicitud, comuníquese con Compensación a Víctimas del Condado de Weld al (970) 400-4746 o weldvictimcompensation@weld.gov

Nombre Legal completo: _____

Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Número de Seguro Social
(Últimos 4 dígitos):

XXX - XX -

Identidad de Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Hombre Transgénero ☐ Mujer Transgénero ☐ No binario(a)/ no conforme ☐ No Listado ☐ Prefiero no responder

Raza/Etnicidad: ☐ Nativo del América del Norte/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/ Afroamericano ☐ Hispano/Latino ☐ Nativo Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Blanco/Caucásico ☐ Otro ☐ Prefiero no responder

Dirección de Envío: _____
Dirección Postal/Apartado Postal

Ciudad

Estado

Código Postal

Correo Electrónico: _____

Método de contacto preferido: ☐ Correo Postal ☐ Correo Electrónico

Teléfono Principal: _____ Teléfono Secundario: _____
¿Es seguro dejar un mensaje?: _____ Instrucciones de contacto: _____

¿Está discapacitado? ☐ Si ☐ No Tipo de discapacidad: ☐ Mental ☐ Discapacidad visual ☐ Problemas de audición ☐ Otro

¿Quién lo refirió al programa de Compensación a víctimas de Delitos?

☐ Dpto. de Servicios Humanos ☐ Oficina del Fiscal del Distrito ☐ Hospital/Doctor ☐ Agentes Policiales ☐ Asistente de Victimas ☐ Terapeuta ☐ Otro: _____

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE (PADRE/TUTOR/REPRESENTANTE LEGAL)

Deje esta sección en blanco si es mayor de 18 años y solicita servicios para usted.

Ingrese información sobre la persona que será contactada con respecto a este reclamo. La persona que figura a continuación debe ser el padre, tutor, curador u otra persona autorizada para presentar la solicitud en nombre de la persona que figura en la Sección 1.

Nombre Legal Completo: _____

Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Relación al solicitante: _____

SOLICITUD CONTINUADA
Compensación a Víctimas de Delitos
Distrito judicial 19º - WELD COUNTY, COLORADO

Dirección de envío: _____
Dirección Posta/Apartado Postal

Ciudad

Estado

Código Postal

Correo electrónico: _____

Teléfono Principal: _____ Teléfono Secundario: _____
¿Es seguro dejar Instrucciones
un mensaje?: _____ de contacto: _____

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN ADICIONAL PARA PADRES/TUTOR (OPCIONAL)

Deje esta sección en blanco si es mayor de 18 años y solicita servicios para usted.

La persona que figura a continuación debe ser un segundo padre, tutor, curador u otra persona autorizada para tomar decisiones en nombre de la persona que figura en la Sección 1. **Todos los costos están sujetos a los límites de la póliza de Compensación a Víctimas de Delitos del Distrito Judicial 19ro.**

Nombre Legal Completo: _____
Nombre Segundo Nombre Apellido

Dirección de Envío: _____
Dirección Postal/Apartado Postal

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono Principal: _____ Relación a la víctima: _____

Correo electrónico: _____

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DEL CRIMEN

Proporcione tanta información como pueda sobre el incidente criminal.

No es necesario presentar una copia del informe policial/de incidente.

Tipo(s) de Delito: ☐ Incendio Provocado ☐ Agresión ☐ Abuso Infantil/Negligencia ☐ Pornografía Infantil
☐ Agresión Sexual Infantil ☐ DUI/DWI ☐ Homicidio ☐ Trata de Personas- Sexual/Laboral
☐ Secuestro ☐ Robo ☐ Abuso Sexual ☐ Acoso
☐ Terrorismo ☐ Desconocido
☐ Otro - Crimen Vehicular: _____
☐ Otro - Violencia Domestica: _____
☐ Otro - Violencia no Domestica: _____

¿Fue el delito cometido en los Estados Unidos? ☐ Si ☐ No

En caso negativo, ¿en qué país se cometió el delito? _____

¿El delito ocurrió en Colorado? ☐ Si ☐ No ¿En qué condado ocurrió el delito? _____

Fecha del delito: ____/____/____ Fecha del reporte: ____/____/____

Agencia donde se reportó el delito: _____ Numero de Incidente/Caso: _____

Oficial de policía encargado del caso: _____

¿Quién cometió el delito? _____

¿Relación del solicitante con el delincuente, si la hay?: _____

SOLICITUD CONTINUADA

Compensación a Víctimas de Delitos
Distrito judicial 19º - WELD COUNTY, COLORADO

Numero de caso judicial: _____

¿El delito ocurrió en el trabajo? ☐ Si ☐ No ¿El delito involucró un vehículo motorizado? ☐ Si ☐ No

¿Había pólizas de seguro activas en los vehículos? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, proporcione la información del seguro del automóvil:

Compañía de seguro: _____

Si hay múltiples pólizas de seguro y/o reclamaciones involucradas envíe la información en una hoja adicional.

Número de póliza: _____

SECCIÓN 5: SERVICIOS SOLICITADOS RELACIONADOS CON EL DELITO

Seleccione qué servicios se están solicitando. Dependiendo de los servicios seleccionados, es posible que se requiera información adicional.

☐ **Gastos Médicos/Dentales**

Gastos médicos y/o dentales directamente relacionados con una lesión relacionada con el delito y no cubiertos totalmente por el seguro. Envíe copias de facturas detalladas y cualquier declaración de seguro, si está relacionada.

☐ **Dispositivos Médicos Personales**

Reparación o reemplazo de ciertos dispositivos médicos que fueron dañados o destruidos durante el delito y que no están totalmente cubiertos por el seguro.

☐ Dentaduras postizas ☐ Anteojos/Lentes de contacto ☐ Audífono ☐ Dispositivo Protésico ☐ Otro:

☐ **Dispositivos Medicamente necesarios**

Gastos de dispositivos médicos necesarios relacionados directamente con una lesión relacionada con el delito y que no estén totalmente cubiertos por el seguro. Se pueden reembolsar las sillas de ruedas, andadores, equipos de oxígeno, aparatos ortopédicos, muletas y otros equipos necesarios para satisfacer las necesidades de discapacidad de la víctima.

☐ **Servicios de Salud Mental**

Gastos por servicios de salud mental relacionados con el incidente y que no estén totalmente cubiertos por el seguro. Si ha seleccionado un proveedor, ingrese su información a continuación.

Nombre del Proveedor: _____

Número Telefónico del Proveedor: _____

Dirección de correo electrónico del proveedor: _____

☐ **Servicios de salud mental - Miembros de la familia**

Gastos de servicios de salud mental para familiares directos que viven en el mismo hogar.

Nombre de los miembros de la familia

Relación con la víctima

Fecha de Nacimiento

Genero

Raza

Miembros adicionales de la familia pueden aparecer enumerados en una página separada.

☐ **Salarios perdidos**

Tiempo de trabajo perdido sin goce de sueldo debido a lesiones físicas o emocionales causadas directamente por el delito. Los salarios perdidos que excedan los siete (7) días requieren documentación de un médico o terapeuta de salud mental que describa la incapacidad para trabajar debido a lesiones físicas o emocionales que sean resultado directo del delito.

☐ **Ventanas/Puertas**

Costos de reparación o reemplazo de ventanas residenciales y/o puertas exteriores que fueron dañadas, destruidas o de otra manera comprometidas durante el delito y que no están totalmente cubiertas por el seguro del propietario o inquilino. Los gastos pueden incluir servicios de tapiado de emergencia, puertas de garaje y puertas que conectan la residencia con un garaje. Las mallas mosquiteras no son elegibles para reembolso.

SOLICITUD CONTINUADA

Compensación a Víctimas de Delitos
Distrito judicial 19º - WELD COUNTY, COLORADO

SECCIÓN 5: SERVICIOS SOLICITADOS RELACIONADOS CON EL DELITO (CONTINUACIÓN)

☐ Reinstalación de cerraduras y llaves

Costos de reparación o reemplazo de cerraduras residenciales, de vehículos y otras cerraduras necesarias para garantizar la seguridad de la víctima(s) que fueron dañadas, destruidas o comprometidas de alguna otra manera durante el delito y que no están totalmente cubiertas por el seguro del propietario o del inquilino. Los costos de reemplazo de llaves pueden ser elegibles cuando es probable que el delincuente haya tenido acceso a las llaves de la víctima(s).

☐ Saneamiento de la escena del crimen

Costos por la remoción profesional de fluidos/materia corporal, gases lacrimógenos u otros elementos que dejan la residencia inhabitable y no están totalmente cubiertos por el seguro del propietario o del inquilino.

☐ Dispositivos de seguridad y modificaciones

Dispositivos de seguridad o modificaciones de seguridad cuando la seguridad de la víctima es una preocupación. Mascotas de guardia, gas lacrimógeno, gas pimienta y armas no son elegibles para reembolso.

☐ Gastos de mudanza

Reembolso o pago directo a los propietarios o empresas de administración de propiedades por el depósito de alquiler, el alquiler del primer mes, servicios de mudanza profesionales, hotel durante una mudanza de larga distancia, materiales de embalaje y costos de viaje de ida para asegurar una vivienda segura y libre de violencia.

Por favor explique el motivo(s) por los que solicita asistencia para la reubicación como resultado del delito:

☐ Pérdida de apoyo financiero del delincuente

Asistencia financiera para cuando el delincuente 1) vivía con el hogar y contribuía al sustento en el momento en que ocurrió el delito, y 2) ya no está en el hogar como resultado del delito, y 3) ya no brinda apoyo financiero al hogar. Se requiere prueba de los ingresos del delincuente.

☐ Gastos de funeral/entierro

Costos razonables por servicios funerarios o conmemorativos, servicios crematorios y mortuorios, costos de cementerio, lápida permanente o artículo similar y transporte de restos fuera del Distrito Judicial 19º. (Condado de Weld) para entierro.

☐ Gastos de viaje para funerales y entierros

Reembolso de los gastos de transporte para asistir a servicios funerarios o de entierro. Los gastos elegibles incluyen tarifas aéreas, de tren, de autobús, de taxi o de transporte compartido, kilometraje de vehículos propios, gastos de alquiler de automóviles, gastos de combustible para automóviles de alquiler, estacionamiento y gastos de comidas (excluidas las bebidas alcohólicas).

☐ Pérdida del apoyo financiera a los dependientes

Asistencia financiera para dependientes de una víctima que murió como resultado del delito. La persona fallecida debe haber estado empleada legalmente. Los pagos se dividirán entre los dependientes sobrevivientes.

☐ Gastos de viaje: médicos, de salud mental y en etapas críticas

Reembolso de los costos de transporte para atención médica, atención de salud mental y costos para víctimas ubicadas fuera del Distrito Judicial 19º (Weld) para asistir a etapas críticas en las que no están bajo Citación Judicial para asistir a eventos que califican como "etapas críticas" según E.R.C. §24-4.1-302(2). Los gastos elegibles incluyen tarifas aéreas, de tren, autobús, taxi o viajes compartidos, kilometraje para vehículos de propiedad personal, gastos de alquiler de automóviles, costos de gasolina/combustible para automóviles de alquiler, estacionamiento y gastos de comidas (excluido el alcohol). Se requiere verificación de asistencia.

☐ Servicios de remolque y depósito

Asistencia para el remolque de vehículos motorizados personales desde y hacia depósitos policiales, así como a depósitos de decomiso, talleres mecánicos o al domicilio de la víctima en casos de delitos que cumplan los requisitos. Se requiere la solicitud previa de todos los seguros correspondientes.

SOLICITUD CONTINUADA

Compensación a Víctimas de Delitos
Distrito judicial 19º - WELD COUNTY, COLORADO

SECCIÓN 6: INFORMACIÓN DEL SEGURO

Proporcione información sobre la cobertura de seguro médico, dental, de propietario/inquilino, de automóvil, de compensación laboral, por discapacidad u otra cobertura de seguro del solicitante. El programa de Compensación a Víctimas de Delitos es el pagador de último recurso y la información proporcionada puede utilizarse para notificar a un proveedor de servicios que existe otra fuente de pago antes del programa de Compensación a Víctimas de Delitos.

Seguro Médico ☐ Si ☐ No ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Privado

Compañía de seguro: _____ Número de póliza: _____

Seguro de propietario/inquilino ☐ Si ☐ No

Compañía de seguro: _____
Número de póliza: _____

Seguro de automóvil ☐ Si ☐ No

Compañía de seguro: _____
Número de póliza: _____

Seguro de Incapacidad ☐ Si ☐ No

Compañía de seguro: _____
Número de póliza: _____

Seguro de Compensación Laboral ☐ Si ☐ No

Compañía de seguro: _____
Número de póliza: _____

Otros Seguros: ☐ Si ☐ No

Compañía de seguro: _____
Número de póliza: _____

SECCIÓN 7: DEMANDA CIVIL E INFORMACIÓN DEL ABOGADO

Se DEBE notificar a la entidad de Compensación a Víctimas de Delitos sobre cualquier acción civil y se debe proporcionar evidencia escrita del monto y los términos del acuerdo. Proporcione información sobre cualquier representación legal que tenga en una demanda civil o reclamo de seguro relacionado con el delito.

¿Está planeando demandar a la(s) persona(s) o empresa/agencia responsable(s) de esta lesión? ☐ Si ☐ No

☐ El solicitante no está representado por un abogado y no planea contratar uno.

☐ El solicitante está o estará representado por un abogado.

Nombre del Abogado: _____

Numero Telefónico: _____

Correo Electrónico: _____

SECCIÓN 8: RECONOCIMIENTOS Y LIBERACIONES

Lea y coloque sus iniciales en cada declaración. Todas las secciones deben estar firmadas con sus iniciales para poder procesar la solicitud.

_____	Entiendo que mi falta de cooperación razonable con las autoridades (Policía, Alguacil, Fiscal, etc.) puede dar lugar a la negación de mi reclamación. Las víctimas de estrangulamiento que se hayan sometido a un examen médico forense pueden considerarse cooperativas.
_____	Entiendo que soy responsable de mis facturas relacionadas con este delito y tengo la responsabilidad de proporcionar toda la documentación a la Junta Directiva de Compensación a Víctimas de Delitos para ayudar con la verificación de mi reclamo. Es mi responsabilidad notificar a los proveedores de servicios y a las agencias de cobranza sobre mi solicitud al programa de Compensación a Víctimas de Delitos.
_____	Por la presente autorizo la divulgación de toda la información de mi empleador, médico, hospital, Departamento de Servicios Humanos, proveedor(es) de servicios médicos y/o de salud mental y/o acreedor(es) con el fin de verificar las reclamaciones que he presentado. Además, comprendo que cualquier información proporcionada puede estar sujeta a divulgación según la ley. Esta autorización puede revocarse en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en base a ella. Mi firma a continuación autoriza la divulgación de toda la información especificada anteriormente. Una fotocopia o reproducción exacta de esta autorización firmada tendrá la misma fuerza y efecto que el original.
_____	Me han informado que, si considero que la Junta Directiva de Compensación a Víctimas de Delitos no puede revisar imparcialmente mi reclamo debido a relaciones personales o profesionales con dos o más miembros de la Junta Directiva, se enviará a otro distrito para su revisión. Entiendo que esto puede demorar el procesamiento del reclamo. Se debe realizar una solicitud de revisión alternativa por escrito. Si se aprueba el reclamo, las facturas se pagarán desde el distrito judicial donde ocurrió el delito.
_____	Por la presente autorizo la liberación de los fondos aprobados en virtud de la Ley de Compensación a Víctimas de Delitos de Colorado para que se paguen directamente a los proveedores de servicios y/o a los solicitantes que pagan de su propio bolsillo, según aplique a mi reclamo. Entiendo que cualquier pago está sujeto a la disponibilidad de fondos y a la discreción de la Junta Directiva de Compensación a Víctimas de Delitos.
_____	Me han informado que, si mi solicitud de compensación es rechazada, se me notificará el motivo por escrito. Entiendo que tengo derecho a solicitar una reconsideración por parte de la Junta Directiva de Compensación a Víctimas de Delitos y puedo hacerlo enviando información que aborde el motivo de la negación. La Junta Directiva de Compensación a Víctimas de Delitos, a su discreción, puede llevar a cabo una audiencia para reconsiderar la reclamación negada. Entiendo que la carga de la prueba recae sobre mí, como solicitante, para demostrar que la reclamación es razonable y compensable según la Ley de Compensación a Víctimas de Delitos de Colorado. En caso de que la Junta Directiva de Compensación a Víctimas de Delitos confirme la negación después de la reconsideración, entiendo que puedo solicitar que un tribunal de distrito revise la decisión de la Junta Directiva de Compensación a Víctimas de Delitos de acuerdo con las Reglas de Procedimiento Civil de Colorado en un plazo de 30 días.
_____	Acepto reembolsar al Fondo de Compensación a Víctimas de Delitos si recibo pagos del delincuente, incluida la restitución o la acción civil, el seguro o cualquier otra agencia gubernamental o privada como compensación por esta lesión o muerte después de recibir el pago del Fondo de Compensación a Víctimas. Además, comprendo que se puede solicitar la restitución al delincuente o infractores a través de la delincuencia penal o juvenil y puede implicar la divulgación de la información necesaria para establecer la validez de un reclamo de restitución por los fondos de Compensación a Víctimas de Delitos pagados.
_____	Acepto informar inmediatamente a la Junta Directiva de Compensación a Víctimas de Delitos cuando se espere o reciba una indemnización relacionada con el delito. De acuerdo con E.R.C. 24-4.1-116 del Código de Procedimientos y Reglamentaciones de los Estados Unidos, acepto reembolsar al Fondo de Compensación a Víctimas de Delitos para cubrir las mismas pérdidas por las que el Fondo de Compensación a Víctimas de Delitos realizó pagos. Reconozco y acepto que las fuentes de recuperación a las que se aplicará este acuerdo de subrogación incluyen, entre otras, los siguientes tipos de fuentes de recuperación: sentencias civiles contra el infractor u otros terceros responsables u obligados, acuerdos de seguros o acuerdos/beneficios de cualquier otra agencia gubernamental o privada.
_____	Se me informa que todos los materiales recibidos, elaborados o conservados por el Programa de Compensación a Víctimas de Delitos o un Fiscal de Distrito en relación con una solicitud de Compensación a Víctimas de Delitos son confidenciales de conformidad con el artículo 24-4.1-100.1 de E.R.C. y tengo derecho a que la Oficina del Fiscal de Distrito me notifique si el tribunal ha emitido una citación para mi expediente de Compensación a Víctimas de Delitos o los materiales de mi expediente de reclamación de conformidad con el artículo E.R.C. 24-4.1-302.5(VII). Además, comprendo que la información proporcionada a la Junta de Compensación a Víctimas de Delitos puede ser descubierta en el caso penal.

SECCIÓN 9: FIRMA

Al firmar y enviar esta solicitud, certifico que la información contenida en ella es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que las declaraciones falsas o la información falsificada presentada pueden dar lugar a la negación de mi solicitud y son punibles por ley.

Firma del solicitante o del padre/tutor

Fecha

Nombre del solicitante o padre/tutor (en letra de molde)