



Seventeenth Judicial District
Condados de Adams y Broomfield
1000 Judicial Center Drive Suite 100
Brighton, CO 80601

vcomp@da17.state.co.us

Telefono: (303)835-5690 Fax (303)835-4165
www.crimevictimcompensation.org

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

Requisitos de elegibilidad:

El Consejo de Compensación de Víctimas puede renunciar algunos de estos requisitos para el interes de la justicia o para la buena causa.

1. El crimen debe ser uno en que la víctima haya sufrido daño físico o mental, muerte, o la víctima haya sufrido daños a su propiedad, como las cerraduras, ventanas o exteriores 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. El crimen tuvo que haber ocurrido en o después del 1° de Julio de 1982.
6. La solicitud para compensación tiene que haber sido entregado dentro un año despues de la fecha del crimen; seis meses para daños de propiedad.
7. El crimen ocurrio en los condados de Adams o Broomfield, o, la víctima es residente de los condados de Adams o Broomfield pero el crimen ocurrio en un estado o pais que no tiene una program a de compensacion de victimas o programa de reembolso.

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 relacionado con el crimen. Gastos médicos, asistencia psicológica, dentaduras, lentes, aparatos auditivos, o cualquier otro protesis o aparato médico, perdida de ingresos, cuidado médico fuera del hospital, servicios médicos en casa, apoyo doméstico, gastos funerales y perdida del sostenimiento para los dependientes.
3. Las personas con discapacidades auditivas o visuales pueden comunicarse con el programa de CVC por teléfono, correo, correo electrónico, en persona o a través de un delegado para solicitar asistencia para presentar una solicitud de CVC.
4. Para solicitar una solicitud en algún idioma distinto al inglés o español, póngase en contacto con el programa CVC por teléfono, correo, correo electrónico, en persona o a través de un delegado.
5. Todos los materiales recibidos, realizados o conservados por el programa de CVC relacionados con alguna solicitud al CVC presentada bajo el C.R.S. 24-4.1-100.1 son confidenciales. Los documentos del CVC solamente se pueden compartir en conformidad con el C.R.S. 24-4.1-107.5. Para crímenes que caen bajo la Enmienda de Derechos de Víctimas (“Victim Rights Amendment”), las víctimas serán notificadas por el Fiscal de Distrito si se emite una citación para compartir sus documentos de CVC.
6. Si sus facturas relacionadas con un crimen han sido entregadas a cobros, o para recibir más información sobre el CVC, por favor llame al: 303.835.5690 o envíe un correo electrónico al: vcomp@da17.state.co.us
7. Por ley, la victima tiene que aplicar a otras fuentes disponibles de ayuda financiera, incluyendo seguros privados, seguros de Medicaid o Medicare.
8. Por favor adjunte todos las facturas y recibos. Usted puede aplicar aunque no haya recibido ninguna factura hoy.
9. Su reclamo será investigado y presentado al Consejo de Compensación de Víctimas. Este proceso se puede tardar hasta 60 días.
10. La compensación no puede exceder el límite legal de \$ 30,000. La compensación para las categorías individuales y el monto total de la compensación permitida está limitada por la política de la Junta; llame al 303-835-5690 para conocer los límites de categoría específicos.
11. Si su demanda es negada, Ud. tiene derecho de pedir un apelación del Consejo y tiene derecho de someter nuevo 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 despues 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 decision del Consejo es mantenida, Ud puede presentar petition Las Reglas de Colorado del Procedimiento Civil.

SECCION 1- Información de la Víctima: Favor de cumplir cada línea, escribe N/A si no apliqué.

Nombre de la víctima (Primero, Segundo, Apellido) Fecha de Nacimiento Edad en el tiempo de la crimen

Domicilio Ciudad, Estado, Código Postal

Teléfono primario Teléfono alternativo E-mail

Raza: <input type="checkbox"/> India Americana o Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Multiple Raza <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/ Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco No Latino o Caucásico <input type="checkbox"/> Alguna Otra Raza	Identidad de género: <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No listado / Prefiero no contestar ¿La víctima está discapacitada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Fisica <input type="checkbox"/> Mental	Fuente de referencia: <input type="checkbox"/> Ayudante de Víctimas de la Fiscalía <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Servicios Sociales <input type="checkbox"/> Terapeuta <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ayudante de Víctimas de la Policía
--	---	--

SECCION 2- INFORMACION SOBRE LA SOLICITANTE: Favor de cumplir si la víctima es menor de edad, muerto o incapacitado.

Nombre del solicitante (Padres/Custodio/Familia) Fecha de Nacimiento Seguro Social

Domicilio Ciudad/Estado/Código Postal

Relación a la Víctima Teléfono primario E-mail

SECCION 3- SEGURO/OTRO FUENTE DE INFORMACION COLATERAL: Usted tiene la obligación de presentar todos los recibos/cuentas a su propio seguro o otra fuente colateral relacionado con su aplicación de asistencia; marque todas las fuentes de pago alternativo para las cuentas presentadas al Programa de Compensación.

Seguro Medico : Si No Discapacidad: Si No
Seguro de Auto : Si No Compensación de Trabajo: Si No
Seguro de Vida Si No De vivienda/de renta: Si No Deducible: \$ _____
Medicare/Medicaid: Si No Otro: _____

Favor de indicar cual compañía de seguro, numero de teléfono, y numero de póliza a cual cubre a usted y/o su familia.

SECCION 4- INFORMACION DEL CRIMEN: Favor de cumplir esta sección lo más que es posible.

Tipo de Crimen: (marqué todos los que aplican)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asalto | <input type="checkbox"/> Violencia Domestica |
| <input type="checkbox"/> Robo | <input type="checkbox"/> Conducir Bajo la Influencia / en estado de ebriedad |
| <input type="checkbox"/> Conducción negligente involucrando muerte | <input type="checkbox"/> Atropello y huida involucrando muerte |
| <input type="checkbox"/> Abuso físico a un menor | <input type="checkbox"/> Asesinato/Homicidio |
| <input type="checkbox"/> Violación-menor | <input type="checkbox"/> Violación-Adulto |

1. Fecha de Crimen: _____ 2. Fecha Reportada: _____
 3. Quien cometo este crimen? _____ 4. Relación de sospechoso a la víctima: _____
 5. Policía/agencia donde fue reportado: _____ 6. Numero de reporte de a Policía: _____
 7. Policía Oficial Asignado: _____ 8. Fue el acusado demandado por la corte? _____
 9. Número de caso judicial: _____ 10. Condado donde ocurrió: _____
 11. Paso el crimen en el trabajo (si o no)? _____

SECCION 5-DEMANDA PUBLICA:

¿Está planeando demandar a persona(s) o negocio(s) responsable de las lesiones? Si No Si la respuesta es sí, favor de notificar a Consejo de Compensación con evidencia por escrito de la cantidad y término del convenio.

SECTION 6 – PETICION DE SERVICIOS: Favor de indicar a cual servicios esta pidiendo.

CONSEJERÍA DE SALUD MENTAL – VÍCTIMA PRIMARIA:
 ¿Está usted (víctima) pidiendo asistencia de salud mental por trauma relacionada con el crimen? Si _ No _
 Si usted gustaría asistencia en obtener un aconsejador, favor de llamar para asistencia. 303-835-5690

CONSEJERÍA DE SALUD MENTAL – VÍCTIMA SECUNDARIA (miembros de la familia):

Agregue papel adicional si es necesario.

Nombre(s)	Relación a la victima	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

MEDICO: Favor de entregar copias de facturas o presupuestos detallados relacionados con el crimen. Seleccione el artículo robado o dañado. Hospital Medico Quiropráctico/Terapia Física Dental
 Atención de enfermería a domicilio Otro

MARTICULOS MEDICOS PERSONALES: Envíe copias de facturas o presupuestos detallados relacionados con el crimen. Seleccione el artículo robado o dañado.
 Lentes/Lentes de Contacto Dentaduras Prótesis Medicamento

SALARIOS PERDIDOS: Usted puede pedir perdido de salario solamente si usted falto de trabajar resultando de lastimaduras recibidos por un crimen o por tiempo lamentación y usted no tenía tiempo de vacaciones o enfermedad. Una forma de perdido de salario puede ser enviado a usted por correo. Verificamos con su empleador, tiempo perdido, salario, tiempo sin pago de sueldo, y capacidad para trabajar. Perdido de salario resultando de citas medicas, consejería de salud mental, o por asistencia a corte no es elegible.

PERDIDA DEL SOSTENIMIENTO PARA LOS DEPENDIENTES: Las personas que fueron dependientes totalmente o en parte del salario de la víctima en el momento de su muerte. Una forma de Pérdida de Ayuda a Dependientes será enviada por correo si esta caja es marcada.

PÉRDIDA DE APOYO AL HOGAR: Las víctimas de delitos primarios que dependen total o parcialmente del delincuente en el caso de violencia doméstica, agresión sexual o abuso infantil, donde el delincuente ha desalojado la casa, pueden ser elegibles para el apoyo del hogar.

PROPIEDAD RESIDENCIAL: Adjunte todos las facturas y recibos, si las tiene. (Reembolso por puertas residenciales exteriores, cerraduras, y ventanas dañadas o destruidas durante el crimen.)
 Puertas exteriores residenciales Cerraduras Residenciales Ventanas Residenciales
 Cambio de llave de coche Limpieza de la escena del crimen Disositivo de seguridad de la victima

GASTOS FUNERALES: Favor de mandar facturas detalladas a nuestro oficina.
 Nombre de Servicios Funerarios o Cementerio: _____
 ¿Se han pagado todos los gastos funerarios? Si No Nombre de la persona que pago? _____
 Si Usted necesita asistencia con gastos de viaje para el funeral, favor llámenos.

FAVOR LEE CON MUCHO ATENCION, INICIAL CADA LINIA, FIRMA Y ESCRIBE LA FECHA.

Cada víctima que tiene 18 años o más, tiene que inicial y firmar esta página.

Inicial Cada
Línea

_____ **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.

_____ **Cooperación:** Yo entiendo que mi falta de cooperación con la policía o fiscal del distrito o sheriff, puede resultar que mi reclamo sea negado.

_____ **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 mí reclamo se retrase.

_____ **Acuerdo de Subrogo:** Yo entiendo que aceptar compensación del Consejo de Compensación de Víctimas, le estoy dando permiso al Estado de que subroga a cualquier recompensa que yo reciba en el futuro por cualquier causa o acción.

_____ **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 mí reclamo. Entiendo que cualquier información dada puede ser revela por ley.

_____ **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 mí reclamo. Yo entiendo que cualquier compensación es sujeta a fondos disponibles y a la discreción del Consejo.

_____ **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.

_____ **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 sé hayan pagado por El Consejo. Por la presente acepto notificar al programa de compensación para víctimas de delitos si planeo demandar a la(s) persona(s) o empresa responsable(s) de esta lesión.

Firma de la víctima o reclamante

Fecha

Nombre escrito de la víctima o reclamante

*Regresamos aplicaciones sin firmas.
Cada persona que tiene 18 años o más, tiene que inicial y firmar esta página.*

Revised 5/2023