

SOLICITUD PARA COMPENSACIÓN DE VÍCTIMAS DE CRIMEN

Seventeenth Judicial District
Condados de Adams y Broomfield
1000 Judicial Center Drive Suite 100
Brighton, CO 80601
vcomp@da17.state.co.us
Telefono (303)835-5615
Fax (303)835-5575

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 fisico 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 victima 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 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, gastos funerales y perdida 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 victima 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 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 maximo que puede recibir es \$20,000. Por poliza del Consejo de Compensación de Víctimas, compensación es limitada a ciertas categorias.
8. Si su demanda es negada, Ud. tiene derecho de pedir una 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 dentro de 30 días 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 tiene 30 días en que esta decision puede ser revisada por Las Reglas de Colorado del Procedimiento Civil.

FOR OFFICE USE ONLY

Primary Claim #: _____ Secondary Claim # 1: _____ Secondary Claim # 2: _____

Secondary Claim #3: _____ Secondary Claim #4: _____ Secondary Claim #5: _____

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 al tiempo del crimen
Domicilio		Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Ciudad, Estado, Código Postal		Numero de Seguro Social	
Teléfono de trabajo	Teléfono del hogar	Otro teléfono/e-mail	

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

Raza:	Fuente de Referencia:	Estado Marital:	Discapacidad:	¿Discapacitado antes del crimen?
<input type="checkbox"/> Americano	<input type="checkbox"/> Ayudante de Víctimas de la Policía	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Afro Americano	<input type="checkbox"/> Ayudante de Víctimas de la Fiscalía	<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Mental	<input type="checkbox"/> Si
<input type="checkbox"/> Hispano/Latino/a	<input type="checkbox"/> Oficina de la Fiscalía	<input type="checkbox"/> Separado/a	<input type="checkbox"/> Fiscal	
<input type="checkbox"/> Nativo Americano	<input type="checkbox"/> Servicios Sociales	<input type="checkbox"/> Divorciado/a		
<input type="checkbox"/> Asiático/Pacífico	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Viudo/a		
<input type="checkbox"/> Desconocida	<input type="checkbox"/> Terapeuta			
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____			

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 del Hogar	Otro teléfono/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 :	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Discapacidad:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Seguro de Auto :	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Compensación de Trabajo:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Seguro de Vida	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	De vivienda/de renta:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Deducible: \$ _____
Medicare/Medicaid:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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-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.

SECCION 5- SOLICITUD DE EMERGENCIA: El Programa de Compensación de Víctimas pudiera asistir con alguna petición de emergencia si se ha determinado una privación excesiva que resultara si un pago inmediato no se ha hecho. Favor de no contactar al Programa de Compensación directamente. Usted debe contactar a la agencia policíaca donde el crimen se reportó y pedir que un ayudante de víctimas le ayude con la solicitud para asistencia de emergencia.

SECCION 6- Información del Crimen Favor de cumplir esta sección lo más que es posible.

Tipo de Crimen: (marqué todos los que aplican)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asalto/Agresión o Secuestro | <input type="checkbox"/> Violencia Domestica |
| <input type="checkbox"/> Robo/Provocación Criminal | <input type="checkbox"/> Conducir Embriagado/Homicidio Vehicular |
| <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 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 de la fiscalía: _____ 10. Condado donde ocurrió: _____
11. Paso el crimen en el trabajo (si o no)? _____

SECCION 7- PETICION DE SERVICIOS Favor de indicar a cual servicios está pidiendo.

Asistencia de Salud Mental – VICTIMA PRIMARIA: ¿Está usted (víctima) pidiendo asistencia de salud mental por trauma relacionada con el crimen? Si No
Si la respuesta es sí, favor de pedir a su terapeuta de llamar a 303-835-5615. Si no, usted puede hablar con un ayudante de víctimas de pedir ayuda de encontrar una terapeuta.

Asistencia de Salud Mental – SEGUNDARIA(S) (MIEMBROS DE LA FAMILIA):

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

MEDICO: Favor de entregar copias de facturas resultando de este crimen. Favor de indicar a cuales servicios usted está pidiendo ayuda.
___ Hospital ___ Medico ___ Dental ___ Quiropráctico/Terapia Física
___ Atención de enfermería a domicilio ___ Otro _____

Objetos Personales Médicos Favor de indicar cuales objetos usted necesita resultando de esta crimen, y también si fueron robados o dañados durante el crimen. También incluye copias de facturas y/o estimaciones por cada objeto.
___ Lentes/Lentes de Contacto ___ Dentaduras ___ Prótesis Auditiva ___ 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.

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.)

GASTOS FUNERALES: Favor de mandar facturas detalladas a nuestro oficina.
Nombre de Servicios Funerarios: _____ Teléfono: _____
¿Se han pagado todos los gastos funerarios? Si No Nombre de la persona que pago? _____

FAVOR LEE CON MUCHO ATENCION, INICIAL CADA LINEA, 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.

_____ **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.

_____ **Acuerdo de Subrogo:** Yo entiendo que aceptar compensación del Consejo de 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.

_____ **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.

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.