PROGRAMA DE COMPENSACION DE VICTIMA DE CRIMEN
1000 JUDICIAL CENTER DRIVE, SUITE 100
BRIGHTON, CO 80601
Telephone: 303-835-5690
Email: vcomp@da17.state.co.us

Claim Number: _____

For Office Use

FORMULARIO DE SALARIOS PERDIDOS

El programa de Compensación de Víctimas de Crimen (CVC) puede compensar a las víctimas de crimen por los salarios perdidos por causa relacionados con el crimen como heridas físicas o mentales. CVC no reembolsará por el tiempo dedicado a las comparecencias ante la corte, las citas con el personal de la justicia criminal o las citas con los proveedores de servicios médicos.

Para calificar, usted debe proporcionar toda la documentación siguiente (Por favor, ponga X en cada caja):

- ☐ Formulario de Salarios Perdidos completado por el Empleador (o una declaración de impuestos si trabaja por cuenta propia)
- ☐ Una carta de su médico o terapeuta indicando su incapacidad para trabajar debido por las heridas por causa del crimen y la cantidad de tiempo que no puede regresar al trabajo.
- ☐ Una copia de un talón de cheque reciente que indica el sueldo o salario por hora y el número de horas trabajadas.

Nombre y Titulo de Empleado: _____ No. de Seguro Social:_____

¿Esta persona estaba empleada al tiempo del crimen/herida?_____

¿Esta persona fue herida en el trabajo?_____

¿Haya pagado la Indemnización de los Trabajadores a esta persona? _____ ¿Si contesto si, Por cuánto tiempo?_____

¿Cantidad de *horas y días* que ha faltado por causa del crimen/herida? _____

¿Esta persona a regresado al trabajo?_____ ¿Si contesto si, Cual fue la Fecha?_____

¿Esta persona fue pagado de tiempo disponible por enfermedad / vacaciones o funeral?_____

¿Cuántas horas de enfermedad/vacaciones o funeral ha utilizado esta persona debido del crimen/heridas?_____

¿Cuántas horas de enfermedad/vacaciones o funeral tiene esta persona disponible?_____

Antes del crimen/herida:

¿Cantidad de horas regulares trabajadas por día?_____ ¿Por Semana?_____ ¿Por mes?_____

¿Cantidad de horas extraordinarias trabajadas por día?_____ ¿Per Semana? _____ ¿Per mes?_____

Sueldo por hora: $ _____*por* ☐ *Hora* ☐ *Día* ☐ *Semana* ☐ *Mes* ☐ *Comisión* ☐ *Otra*_____

Estimada pérdida total de salario:_____

Nombre de Empleado: _____ Numero de Tel: _____

Dirección/Cuidad/Estado/Código Postal: _____

Nombre de Supervisor/Representante: _____ Titulo: _____

FIRMA DE EMPLEADOR (SUPERVISOR/REPRESENTANTE): _____

FIRMA DE EMPLEADO (VICTIMA/RECLAMANTE): _____

No se procesarán los salarios perdidos hasta que se haya recibido y verificado toda la documentación solicitada.