



Junta de Compensación para Víctimas de Delitos
Decimoséptimo Distrito Judicial
Condados de Adams y Broomfield
1000 Centro Judicial Drive Suite 100
Brighton, CO 80601
Correo electrónico: vcomp@da17.state.co.us
Teléfono: (303)835-5690 Fax: (303)835-4165
www.crimevictimcompensation.org

El Programa de Compensación para Víctimas de Delitos (CVC, siglas en inglés) opera de conformidad con C.R.S. §24-4.1-101, Parte 1.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD:

La Junta de Compensación para Víctimas de Delitos puede renunciar a algunos de los requisitos por causa justificada o en interés de la justicia.

1. La víctima sufrió lesiones mentales, lesiones físicas, muerte o daños a *las puertas, cerraduras o ventanas residenciales exteriores como resultado de un delito compensable según §24-4.1-101.*
2. La víctima cooperó razonablemente con los funcionarios de la ley (fuerzas del orden, fiscal de distrito, etc.).
3. La lesión o muerte de la víctima no fue el resultado de la propia mala acción de la víctima o de una provocación sustancial.
4. La victimización ocurrió en o después del 1 de julio de 1982.
5. Los delitos que causan daños a la propiedad deben haberse denunciado dentro de las 72 horas después de que ocurrió el delito y la solicitud de CVC debe presentarse dentro de los 6 meses posteriores a la fecha del delito.
6. El delito ocurrió en los condados de Adams o Broomfield, o la víctima es residente de cualquiera de los condados, pero el delito ocurrió en un estado o país sin un programa CVC razonablemente accesible para el cual la víctima sería elegible.
7. El delito debe ser denunciado a la policía, o en casos de agresión sexual, la víctima debe someterse a un examen forense por parte de una enfermera o proveedor médico con licencia o registro.

INFORMACIÓN GENERAL:

1. No es necesario que haya un arresto o se presenten cargos para que una víctima sea elegible para una compensación.
2. Se puede solicitar una compensación por cualquier servicio en la Sección 7 de esta solicitud. Las solicitudes deben ser directamente relacionadas con el delito denunciado a la policía.
3. Las personas con discapacidad auditiva o visual pueden comunicarse con el programa CVC por teléfono, correo, correo electrónico, en persona o a través de un delegado para solicitar ayuda para presentar una solicitud de CVC.
4. Para solicitar una solicitud en un idioma que no sea inglés o español, comuníquese con el programa CVC por teléfono, correo, correo electrónico, en persona o a través de un delegado.
5. Todos los materiales recibidos, hechos o conservados por el programa CVC con respecto a una solicitud de CVC hecha bajo C.R.S. 24-4.1-100.1 son confidenciales. Los documentos CVC solamente se pueden compartir de conformidad a C.R.S. 24-4.1-107.5. Para los delitos que caen bajo la Enmienda de Derechos de las Víctimas, el Fiscal de Distrito notificará a las víctimas en caso de que se emita una citación para sus documentos de CVC, en el expediente de reclamación de CVC.
6. Si sus facturas relacionadas con el delito han sido entregadas a cobranzas, o para obtener más información sobre CVC, llame al 303.835.5690.
7. Por ley, tiene que aplicar a otras fuentes de asistencia financiera o reembolso, incluyendo seguro privado, Medicaid y Medicare.
8. Adjunte todas las facturas, recibos y presupuestos directamente relacionados con el delito. Puede presentar una solicitud si no ha recibido una factura o recibo, pero envíe las facturas a medida que las reciba.
9. Su reclamo será verificado y presentado a la Junta de CVC. Este proceso puede tardar entre 30 y 60 días después de haber recibido y verificado sus pérdidas.
10. La compensación no puede exceder el límite legal de \$30,000. La compensación para categorías individuales y el monto total de compensación permitida están limitados por la política de la Junta; Llame al 303-835-5690 para conocer los límites de categoría específica.
11. En caso de que su reclamo sea denegado, tiene derecho a solicitar la reconsideración de la decisión de la Junta. Se le notificará por correo el motivo de la denegación, y le informaremos de su derecho a enviar información nueva y/o adicional. Esta información debe abordar las razones de la denegación de la Junta. Puede solicitar una reconsideración comunicándose con el programa CVC dentro de los 90 días a partir de la fecha de la denegación. Si la Junta rechaza su reconsideración, puede hacer que se revise la decisión de la Junta de acuerdo con las Reglas de Procedimiento Civil de Colorado.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Ingrese la información sobre la persona que solicita asistencia. Se requiere una solicitud por separado para cada persona que solicite servicios. Si está llenando esta solicitud para alguien menor de 18 años, incapacitado o fallecido, ponga su información en esta sección. Para obtener ayuda con esta solicitud, comuníquese con 17 DJ Compensación para Víctimas al (303) 835-5690 o vcomp@da17.state.co.us

Nombre Completo: _____
Primero Segundo Apellido

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Número de Seguro Social (últimos 4): XXX – XX- _____

Identidad de género: Masculino Femenina Otros que no figuran en la lista / prefieren no responder

Raza/etnia: Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano
 Hispano o Latino Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico Blanco No Latino o Caucásico
 Otra raza Raza múltiple Prefiero no contestar

Dirección postal: _____
Dirección/apartado postal

Ciudad Estado Código postal

Correo Electrónico: _____

Método de contacto preferido: Correo Correo electrónico

Teléfono principal: _____ Teléfono secundario: _____

Instrucciones de contacto: _____

¿Eres discapacitado? Sí No Tipo de discapacidad: Mental Discapacidad visual Audición
 Otro _____

¿Quién lo refirió al programa de compensación para víctimas?
 Departamento de Servicios Humanos Oficina del Fiscal de Distrito Hospital/Médico
 Asistente de Víctimas Departamento de policía Terapeuta Otro: _____

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

Deje esta sección en blanco si tiene más de 18 años y está solicitando servicios para usted.

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

Nombre Completo: _____
Primero Segundo Apellido

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Relación con el solicitante: _____

Dirección postal: _____
Dirección/apartado postal

Ciudad Estado Código postal

Correo Electrónico: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono secundario: _____

Instrucciones de contacto: _____

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN ADICIONAL DEL PADRE/TUTOR (OPCIONAL)

Deje esta sección en blanco si tiene más de 18 años y está solicitando servicios para usted.

La persona que se menciona a continuación debe ser un segundo padre, tutor, curador u otra persona autorizada para tomar decisiones en nombre de la persona mencionada en la Sección 1.

Nombre legal completo: _____
Primero Segundo Apellido

Dirección postal: _____
Dirección/apartado postal

Ciudad Estado Código postal

Teléfono principal: _____ Teléfono secundario: _____

Correo electrónico: _____

Relación con la víctima: _____

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN SOBRE DELITOS

Proporcione toda la información que pueda sobre el incidente criminal.

Tipo(s) de delito(s):

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Incendio Provocado | <input type="checkbox"/> Asalto | <input type="checkbox"/> Abuso/Negligencia Infantil | <input type="checkbox"/> Pornografía Infantil |
| <input type="checkbox"/> Abuso Sexual Infantil | <input type="checkbox"/> Conducir Bajo El Estado De Ebriedad | <input type="checkbox"/> Robo | <input type="checkbox"/> Trato De Personas |
| <input type="checkbox"/> Secuestro | <input type="checkbox"/> Homicidio | <input type="checkbox"/> Agresión Sexual | <input type="checkbox"/> Acechando |
| <input type="checkbox"/> Terrorismo | <input type="checkbox"/> Desconocido | | |
| <input type="checkbox"/> Otros - Delitos Vehiculares: | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Otros – Violencia Doméstica: | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Otros – Violencia No doméstica: | _____ | | |

¿El delito se cometió en Los Estados Unidos? Si No
Si es "No", ¿en qué país se cometió el delito? _____

¿Ocurrió el crimen en Colorado? Si No ¿En qué condado ocurrió el crimen? _____

Fecha del Crimen: ____/____/____ Fecha Reportada: ____/____/____

Agencia De Denuncio: _____ Número de Incidente/Caso: _____

Nombre del Oficial Asignado: _____

¿Quién Cometió el Delito? _____

Relación del Solicitante al Acusado: _____

Número de Caso Judicial: _____

¿El delito ocurrió en el trabajo? Si No

¿El delito involucró un vehículo motorizado? Si No

¿Había alguna póliza de seguro activa para los vehículos? Si No

* Si es "Si", proporcione información sobre el seguro de automóvil a continuación en la sección 5. Si hay varias pólizas de seguro y/o reclamos involucrados, envíe la información en una hoja de papel adicional.

SECCIÓN 5: INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

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

Seguro de Salud Si No Medicaid Medicare Privado
Compañía de Seguro: _____ Numero de Póliza: _____

Seguro de Propietario/Inquilino Si No Compañía de Seguro: _____
Monto de deducible: _____ Numero de Póliza: _____

Seguro de Automóvil Si No Compañía de Seguro: _____
Monto de deducible: _____ Numero de Póliza: _____

Seguro de Incapacidad Si No Compañía de Seguro: _____
Numero de Póliza: _____

Seguro de Compensación para Trabajadores Si No Compañía de Seguro: _____
Numero de Póliza: _____

Otros Seguro: Yes No Compañía de Seguro: _____
Numero de Póliza: _____

SECCIÓN 6: DEMANDA CIVIL E INFORMACIÓN DEL ABOGADO

La Compensación a las Víctimas de Delitos DEBE ser notificada de cualquier acción civil y se le 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 de esta lesión? Si No Desconocido

Si es "Si", proporcione la información de contacto de su abogado:

SECCIÓN 7: SERVICIOS RELACIONADOS CON EL DELITO SOLICITADOS

Seleccione los servicios que se solicitan. Dependiendo de los servicios seleccionados, es posible que se requiera información adicional.

Gastos Médicos *Gastos médicos directamente relacionados con una lesión relacionada con un delito y que no estén totalmente cubiertos por el seguro. Envíe copias de las facturas detalladas y cualquier estado de cuenta del seguro, si está relacionado.*

Gastos Dentales *Gastos dentales directamente relacionados con una lesión relacionada con un delito y que no estén totalmente cubiertos por el seguro. Envíe copias de las facturas detalladas y cualquier estado de cuenta del seguro, si está relacionado.*

Dispositivos Médicamente Necesarios *Reparación, reemplazo o compra de dispositivos médicos que se dañaron, destruyeron o se hicieron necesarios durante el delito y que no están totalmente cubiertos por el seguro.*

Dentadura Postiza *Gafas/Lentes de contacto* *Aparato del oído* *Dispositivo Protésico* *Otro:* _____

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

Nombre del Proveedor: _____

Teléfono del Proveedor: _____

Dirección del Proveedor: _____

Correo electrónico del proveedor: _____

Servicios de Salud Mental para Familiares *Gastos de servicios de salud mental para familiares inmediatos menores de 18 años que viven en el mismo hogar.*

***Los adultos, mayores de 18 años, deben completar su propia solicitud.**

<i>Nombre del Miembro de La Familia</i>	<i>Relación con la víctima</i>	<i>Fecha de nacimiento</i>	<i>Género</i>	<i>Raza</i>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

** Miembros adicionales de la familia pueden ser incluidos en una página separada.*

Ventanas / Puertas *Costos de reparación o reemplazo de ventanas residenciales y/o puertas exteriores que resultaron dañadas, destruidas o comprometidas durante el delito y que no están totalmente cubiertas por el seguro de propietario o inquilino. Los gastos pueden incluir servicios de tapiado de emergencia, puertas de garaje y puertas que conectan la residencia con un garaje. Los mosquiteros de las ventanas no son elegibles para reembolso.*

Cerraduras Residenciales y Cambio de Llaves *Costos de reparación o reemplazo de cerraduras residenciales necesarias para garantizar la seguridad de la víctima que fueron dañadas, destruidas o comprometidas durante el delito que no están totalmente cubiertas por el seguro de propietario o inquilino. Los costos de cambio de clave pueden ser elegibles cuando el delincuente probablemente tuvo acceso a las claves de la víctima.*

Cerraduras de Vehículos y Cambio de Llaves *Los costos de cambio de llaves para vehículos motorizados pueden ser elegibles cuando el infractor probablemente tuvo acceso a las llaves de la víctima.*

Dispositivos de Seguridad y Modificaciones *Dispositivos de seguridad o modificaciones de seguridad cuando la seguridad de la víctima es una preocupación. Las mascotas de guardia, la maza, el gas pimienta y las armas no son elegibles para reembolso.*

Apartado de Correos *Reembolso por el alquiler de un apartado postal para ayudar a garantizar la seguridad de las víctimas de violencia doméstica, agresión sexual y/o acoso.*

Clases de Defensa Personal *Reembolso o pago directo de cursos de defensa personal, como Krav Maga, Jiu-Jitsu, Karate, Muay Thai, etc.
Los cursos que involucran armas no son elegibles.

Gastos de Reubicación *Reembolso o pago directo a los propietarios o empresas de administración de propiedades por el depósito de alquiler, el primer mes de alquiler, los servicios profesionales de mudanza, el hotel durante la mudanza de larga distancia, los materiales de embalaje y los costos de viaje de ida para asegurar una vivienda segura y libre de violencia.
La reubicación debe solicitarse dentro de los 60 días posteriores al delito para ser elegible.

Explique las razones por las que solicita asistencia para la reubicación debido al delito:

Salarios Perdidos *Tiempo perdido no remunerado en el trabajo debido a lesiones físicas o emocionales causadas directamente por el delito. Las solicitudes de salarios perdidos requieren documentación de un médico o terapeuta de salud mental que describa la incapacidad para trabajar debido a lesiones físicas o emocionales que son el resultado directo del delito. Los salarios perdidos debido a la investigación, las citas médicas/terapéuticas y las audiencias judiciales no son elegibles.*

SECCIÓN 7: SERVICIOS RELACIONADOS CON EL DELITO SOLICITADOS - CONTINUACIÓN **Pérdida de Apoyo Familiar por Parte del Delincuente**

Asistencia financiera para cuando el delincuente 1) vivía y apoyaba financieramente a sus dependientes legales/pareja íntima en el hogar cuando ocurrió el delito, y 2) ya no está en el hogar debido al delito, y 3) ya no proporciona apoyo financiero al hogar. *Se requiere prueba de los ingresos del infractor.

¿Estaba el agresor viviendo en la casa y proporcionando apoyo financiero a la víctima/dependiente legal en el momento del delito? Sí No

¿El delincuente ya no está en el hogar debido al delito? Sí No

¿El delincuente continúa proporcionando apoyo financiero para el hogar? Sí No

 Gastos Funerarios/Entierros

Costos razonables para servicios funerarios o conmemorativos, servicios de crematorio y morgue, costos de cementerio, lápida permanente o artículo de tipo similar, y transporte de restos fuera del condado de Adams o Broomfield para el entierro.

 Limpieza de la Escena del Crimen

Costos para la remoción profesional de fluidos/materias corporales u otros artículos que dejan la residencia inhabitable y no están totalmente cubiertos por el seguro de propietario o inquilino.

 Pérdida de Apoyo a los Dependientes Debido a la Muerte de las Víctimas

Asistencia financiera para los dependientes de una víctima que murió como resultado del delito. El difunto debe haber tenido un empleo legal. Los pagos se dividirán entre los dependientes sobrevivientes.

Nombre del Dependiente: _____ Fecha De Nacimiento: ____/____/____ Relación: _____

Nombre del Dependiente: _____ Fecha De Nacimiento: ____/____/____ Relación: _____

Nombre del Dependiente: _____ Fecha De Nacimiento: ____/____/____ Relación: _____

Nombre del Dependiente: _____ Fecha De Nacimiento: ____/____/____ Relación: _____

Dependientes adicionales pueden ser incluidos en una página separada. **Servicios de Sustitución**

Costos razonables para contratar a un tercero para realizar tareas que la víctima realizaría para sí misma o para sus dependientes legales si no hubiera resultado herida o muerta durante el delito. Los costos pueden incluir la preparación de comidas (no el costo de los alimentos), limpieza, lavandería, corte de césped, remoción de nieve, compras de comestibles, transporte de dependientes.
*Se requiere una nota de un médico o terapeuta para verificar la necesidad.

 Cuidado de Dependientes

Costos razonables de contratar a un tercero para cuidar a los dependientes legales de la víctima, que anteriormente fueron cuidados por la víctima sin remuneración pero que ya no son atendidos debido a la lesión o muerte de la víctima como resultado del delito.
*Las solicitudes de cuidado de dependientes requieren documentación de un médico o terapeuta de salud mental que describa la incapacidad de cuidar a los dependientes debido a lesiones físicas o emocionales que son el resultado directo del delito.

 Gastos de Viaje: Funeral, Médicos, de Salud Mental y Etapas Críticas

Reembolso de los costos de transporte para el funeral/entierro, la atención médica, la atención de salud mental y los costos para que las víctimas comparezcan con la corte en etapas críticas en las que no están bajo citación para testificar. Las etapas críticas se definen en el Estatuto Revisado de Colorado §24-4.1-302(2). Los gastos elegibles incluyen tarifas de avión, tren, autobús, taxi o viaje compartido, millaje de vehículos de propiedad personal, gastos de alquiler de automóviles, costos de gasolina/combustible para automóviles de alquiler y gastos de estacionamiento. *Se requiere verificación de asistencia.

** Por favor seleccione los gastos de viaje con los que solicita ayuda.

Funeral/Entierro Médico Salud Mental Etapas Críticas de la Corte

 Remolque e Incautación de vehículos

Los costos de remolque y almacenamiento no cubiertos por la policía o el seguro cuando la policía determinó que el vehículo era la ubicación del delito y fue remolcado a un lote de incautación debido al delito.
* La víctima debe ser el propietario registrado del vehículo.

** La Junta de CYC solo puede ayudar con las pérdidas enumeradas en la sección 7 **

Para otras pérdidas relacionadas con el delito, comuníquese con su asistente de víctimas para obtener referencias a recursos adicionales.

Se requiere firma en la contraportada



SECCIÓN 8: AGRADECIMIENTOS Y EXENCIONES

Lea y ponga sus iniciales en cada declaración. Todas las secciones deben de tener sus iniciales para poder procesar la solicitud. **Cada persona que tiene 18 años o más, tiene que inicial y firmar esta página.**

_____ Entiendo que mi falta de cooperación razonable con las fuerzas del orden (policía, alguacil, fiscal, etc.) puede resultar en la denegación de mi reclamo. Las víctimas de estrangulamiento a las que se les realizó un examen médico forense pueden considerarse cooperativas.

_____ Entiendo que soy responsable de mis facturas relacionadas con este delito y tengo la carga de proporcionar cualquier documentación a la Junta de Compensación para Víctimas de Delitos para ayudar con la verificación de mi reclamo. Es mi responsabilidad notificar a los proveedores de servicios y a cualquier agencia de cobro de mi solicitud al programa de Compensación para 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, entiendo que cualquier información proporcionada puede estar sujeta a divulgación en virtud de la ley. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas sobre la base de 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.

_____ Se me informa que, si creo que la Junta de Compensación para Víctimas de Delitos no puede revisar imparcialmente mi reclamo debido a relaciones personales o profesionales con dos o más miembros de la Junta de Compensación para Víctimas de Delitos, se enviará a otro distrito para su revisión. Entiendo que esto puede retrasar el procesamiento de la reclamación. La solicitud de revisión alternativa debe hacerse por escrito. Si se aprueba la reclamación, las facturas se pagarán desde el distrito judicial donde ocurrió el delito.

_____ Por la presente, autorizo la liberación de fondos aprobados bajo la Ley de Compensación para Víctimas de Delitos de Colorado para que se paguen directamente al (los) proveedor (s) de servicios y / o reclamante (s) de bolsillo según corresponda a mi reclamo. Entiendo que cualquier pago está sujeto a la disponibilidad de fondos y a la discreción de la Junta de Compensación para Víctimas de Delitos.

_____ Se me informa de que, en caso de que se deniegue mi reclamación de indemnización, se me notificará el motivo por escrito. Entiendo que tengo derecho a solicitar una reconsideración por parte de la Junta de Compensación para Víctimas de Delitos y puedo hacerlo enviando información que aborde el motivo de la denegación. La Junta de Compensación para Víctimas de Delitos, a su discreción, puede llevar a cabo una audiencia para reconsiderar la reclamación denegada. Entiendo que la carga de la prueba recae sobre mí como solicitante para demostrar que el reclamo es razonable y compensable según la Ley de Compensación para Víctimas de Delitos de Colorado. En caso de que la denegación sea confirmada por la Junta de Compensación para Víctimas de Delitos después de la reconsideración, entiendo que puedo hacer que un tribunal de distrito revise la decisión de la Junta de Compensación para Víctimas de Delitos de acuerdo con las Reglas de Procedimientos Civiles de Colorado dentro de los 30 días.

_____ Acepto reembolsar el Fondo de Compensación para Víctimas de Delitos si se reciben pagos del delincuente, incluida la restitución o 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 para Víctimas. Además, entiendo que se puede solicitar la restitución del (los) delincuente (s) a través de la delincuencia criminal 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 para Víctimas de Delitos pagados.

_____ Estoy de acuerdo en informar inmediatamente a la Junta de Compensación para Víctimas de Delitos cada vez que se espere o reciba cualquier recuperación relacionada con el delito. De conformidad con C.R.S. §24-4.1-116, acepto reembolsar al Fondo de Compensación para Víctimas de Delitos para cubrir las mismas pérdidas por las que el Fondo de Compensación para Víctimas de Delitos realizó pagos. Reconozco y acepto que las fuentes de recuperación a las que pertenecerá este acuerdo de subrogación incluyen, entre otros, los siguientes tipos de fuentes de recuperación: sentencias civiles contra el infractor u otros terceros responsables/obligados, acuerdos de seguros o acuerdos/beneficios de cualquier otra agencia gubernamental o privada.

_____ Se me informa que cualquier material recibido, hecho o conservado por el Programa de Compensación para Víctimas de Delitos o un Fiscal de Distrito con respecto a una solicitud de Compensación para Víctimas de Delitos es confidencial bajo C.R.S. §24-4.1-100.1 y tengo derecho a ser notificado por la Oficina del Fiscal de Distrito si el tribunal ha emitido una citación para mi archivo de Compensación para Víctimas de Delitos o materiales en mi expediente de reclamo bajo C.R.S. §24-4.1-302.5(VII). Además, entiendo que la información proporcionada a la Junta de Compensación para 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 esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que las declaraciones falsas proporcionadas o la información falsificada enviada pueden resultar en la denegación de mi reclamo y están penados por la ley.

_____ Firma del Solicitante o Padre/Tutor

_____ Fecha

_____ Nombre del Solicitante o Padre/Tutor (en letra de imprenta)