

SOLICITUD DE COMPENSACION PARA VICTIMAS DE VERMONT

Sabemos que estos son momentos difíciles para Usted. Si necesita ayuda para llenar este formulario, llame al Programa de Compensación para Víctimas al 1-800-750-1213 (desde Vermont) o al 802-241-1250. Si Usted es sordo(a) o hipoacústico(a), favor de llamar a nuestra línea TTY: 1-800-845-4874.

Instrucciones para la Solicitud

Usted debe completar las 4 páginas de esta solicitud: Asegúrese de que:

- 1) Firme y feche la sección de la solicitud llamada "Autorización para Obtener Información" y provea una fecha alternativa de vencimiento se lo desea.
- 2) Firme y feche la sección de la solicitud llamada "Recompensa, Restitución, y Subrogación."

Después de llenar esta solicitud, favor de ponerlo en un sobre y enviarlo por correo postal al:

Victims Compensation Program
58 S. Main St., Suite 1
Waterbury, VT 05676-1599

Si no tiene una estampilla, favor de contactar al Programa de Compensación para Víctimas y le enviaremos un sobre con el franqueo pagado para su solicitud.

Favor de incluir sus facturas relacionadas al crimen cuando regrese la solicitud. Si recibe más facturas en el futuro, asegúrese de enviárnoslas a la misma dirección.

1ª Parte Información de la Víctima

Nombre de la Víctima: _____

Dirección de Correo: _____

Ciudad o Pueblo: _____ Vermont: _____ Código Postal: _____

Teléfono Fijo: _____ Tel. de Trabajo: _____

Si no quiere que le contactemos a esta dirección, favor de proveernos otra dirección de correo postal y número de teléfono: _____

Si la víctima es menor de 18 años:

P(M)adre **or** Tutor(a) Legal _____

Fecha de Nacimiento de P(M)adre): _____

Teléfono Fijo: _____ Tel. de Trabajo: _____

Si la dirección es diferente a la del/la víctima, favor de proveer:

Si bajo custodia de DCF, nombre de trabajador(a) social: _____

Si la víctima está difunto(a):

Nombre del Sobreviviente: _____

Dirección Postal: _____

Ciudad o Pueblo: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono Fijo: _____ Tel. de Trabajo: _____

Parentesco con el(la) difunto(a): _____

Parte II: Información sobre el Crimen

Favor de completar tanta información como pueda.

Si no tiene esta información, deje el espacio vacío y trataremos de obtener la documentación de la policía o su Defensor/abogado(a) del(a) Víctima.

Fecha del Crimen: _____ Fecha que se reportó el crimen: _____

Nombre(s) del(a) Sospechoso(a): _____

Pueblo donde ocurrió el crimen: _____

Departamento de Policía donde se reportó: _____

Nombre del(a) oficial de policía: _____

Número del Incidente: _____

Tipo de Crimen:

▼ Agresión Sexual ▼ Violencia Doméstica ▼ Abuso Sexual de Menores

▼ Abuso Físico de Menores ▼ Agresión Física ▼ Homicidio ▼ DUI

▼ Otro _____

¿Usted tiene un(a) abogado(a) privado(a) representándolo en una causa civil o una acción de seguros para este crimen?

▼ Si ▼ No

Nombre del(a) Abogado(a) _____

de Teléfono _____

Parte III: Solicitudes de Compensación

Favor de completar tanta información como pueda. Si no tiene esta información, deje el espacio vacío.

Yo estoy pidiendo compensación para las siguientes pérdidas relacionadas al crimen:

▼ Tratamiento Médico ▼ Tratamiento Dental ▼ Funeral ▼ Terapia

▼ Pérdida de Ingresos (tiempo perdido del trabajo) ▼ Millaje

▼ Otro: _____

► Favor de mandar cualquier factura relacionada al crimen que reciba al Programa de Compensación para Víctimas.

Médico: _____ # Teléfono _____

Terapeuta: _____ # Teléfono _____

Hospital: _____ # Teléfono _____

Funeraria: _____ # Teléfono _____

Información de Seguros:

¿El/la víctima tiene seguro médico o Medicaid o Medicare?

Si No

Nombre de la compañía aseguradora: _____

¿El padre, la madre, el/la tutor(a) o el/la sobreviviente tiene seguro médico, Medicaid o Medicare?

Si No

Nombre de la compañía aseguradora: _____

Empleador/Patrón(a): _____ # Tel. _____

Dirección _____

Pueblo o Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre del Contacto en el trabajo: _____

Debido al crimen, yo he faltado al trabajo por lo siguiente:

Fechas:

Razon(es):

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____

► **Nos permitimos comunicarle: Si pide compensación por ingresos perdidos (tiempo faltado del trabajo), contactaremos a su empleador/patrón.**

¿Se le compensó por tiempo perdido de trabajo? Si No

Si Usted falta al trabajo en el futuro debido a razones relacionadas al crimen, favor de contactarnos con las fechas adicionales.

Parte IV Información Opcional

¿Cómo se informó sobre el Programa de Compensación para Víctimas?

Policía Defensor(a) de Víctima DCF Hospital Terapeuta Radio
 TV Internet Otro _____

La siguiente información se pide para cumplir con regulaciones federales y sirve únicamente para propósitos estadísticas:

Género: Masculino Femenino Raza: _____

Cada condado tiene un(a) Defensor(a) del/a Víctima situado en la Oficina del/a Abogado/a Fiscal. Se le animamos llamar a su Defensor(a) con cualquier pregunta que tenga sobre su proceso legal. Para información de cómo contactar a su Defensor(a), llame al Programa de Compensación para Víctimas al

- 1-800-750-1213(Voz – únicamente en VT)
- 1-802-241-1250 (Voz)
- 1-800-845-4874 (TTY – únicamente en VT)
- 1-802-241-1258 (TTY)

DEBE FIRMAR EN LOS DOS LUGARES INDICADOS ABAJO PARA SER ELEGIBLE PARA EL PROGRAMA DE COMPENSACION PARA VICTIMAS.

AUTORIZACION PARA OBTENER INFORMACION

Por este medio autorizo voluntariamente y de acuerdo con las regulaciones de privacidad bajo HIPAA (the Health Insurance Portability and Accountability Act, 42USC §§ 132d et seq) o Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud, cualquier hospital, clínica, medico(a), proveedor de servicios de salud u otra persona que haya atendido o examinado el/la victima abajo mencionado(a); cualquier director(a) de funeraria, compañía de seguros médicos, terapeuta, abogado(a) u otra persona que haya Prestado servicios relacionados; cualquier empleador(a)/patron(a) del/la victima o solicitante; cualquier policía o agencia gubernamental, incluyendo servicios de ingresos estatales o federales; o cualquier organización que tenga conocimiento relevante para brindar al Programa de Compensación para Victimas de Vermont con cualquier y todo tipo de información que tengan al respecto al incidente que es la base de esta solicitud. Una fotocopia de esta autorización es tan efectiva y válida como la original al menos que la ley requiera original. Se prohíben otro tipo de entrega de información. Yo entiendo que esta autorización se vencerá a un año de la fecha de esta autorización al menos que yo especifico otra fecha. También entiendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento previo mediante una notificación por escrito al Programa de Compensación para Victimas de Vermont, con la excepción del uso que ya se le haya dado.

(Fecha alternativa de vencimiento si lo desea): _____

Nombre del/la Victima: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma de/la victima o sobreviviente: _____

Firma del/a P(M)adre o tutor(a) si el/la victima es menor de 18 años de edad:

Fecha: _____

RECOMPENSA, RESTITUCION Y SUBROGACION

Yo entiendo que la ley de Vermont me obliga a contactar y recompensar al Programa de Compensación para Víctimas si yo recibo pagos del(a) infractor(a), una acción civil o una compañía de seguros y que el Programa de Compensación para Victimas tiene un embargo contra cualquier dinero que yo reciba como resultado de este crimen. También entiendo que yo debo notificar al Programa si yo contrato un(a) abogado(a) para representarme en cualquier acción relacionada a este crimen. Certifico que la información en esta solicitud es verifica y correcta de acuerdo a la información que yo dispongo. Entiendo que mi firma indica que yo estoy de acuerdo con todas las declaraciones específicas en este acuerdo.

Nombre del/la Victima: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma de Victima o Sobreviviente: _____

Firma de P(M)adre o tutor(a) si la victima es menor de 18 años de edad:

Fecha: _____