

# **SOLICITUD DE COMPENSACIÓN PARA VÍCTIMAS DE VERMONT**

**E**ntendemos que este es un momento difícil para usted. Si necesita ayuda para llenar este formulario, llame al Programa de Compensación para Víctimas a los números que se enumeran abajo. También puede visitar nuestro sitio web para obtener más información.

**El Programa de Compensación para Víctimas** da asistencia financiera limitada a las víctimas de delitos que experimentaron una pérdida financiera como resultado directo del delito, siempre que la pérdida no sea reembolsable mediante otras fuentes, como un seguro.

## **Programa de Compensación para Víctimas**

60 South Main Street

Waterbury, Vermont 05676

**1-800-750-1213 (Voz, solo VT)**

**1-802-241-1250 (Voz)**

**1-802-241-1253 (fax)**

**[www.ccvs.vermont.gov](http://www.ccvs.vermont.gov)**



**Conserve esta página para sus registros.**

## Requisitos de elegibilidad

- El delito se denunció a un agente de la ley, quien debe concluir que se cometió un delito.
- La víctima sufrió lesión física o daño emocional como resultado directo de un delito.
- El delito se cometió en Vermont o se cometió contra un residente de Vermont en un país que no tiene un Programa de Compensación.
- El delito se cometió después del 1 de julio de 1987.
- La víctima no violó una ley penal de este estado que causó o contribuyó a sus lesiones o muerte.
- Los familiares de víctimas de homicidio también son elegibles.

Cuando corresponda, se dispone de dinero para pagar los siguientes gastos, siempre que no fueron pagados por otras fuentes:

- Atención médica y dental
- Consejería a víctimas y familiares
- Gastos de funeral
- Salarios perdidos por el tiempo perdido en el trabajo
- Otros gastos como recetas, anteojos y costos de transporte limitados
- Si la muerte es resultado del delito, los dependientes legales pueden recibir gastos de subsistencia temporales
- Asistencia de reubicación limitada
- Cuidado/lesiones/muerte de mascotas

*Las pérdidas de propiedad generalmente no están cubiertas.*

## Instrucciones de solicitud

**Debe completar toda esta solicitud. Asegúrese de:**

1. Firmar y poner la fecha en la sección “Autorización para obtener información” de la solicitud. Puede dar una fecha de vencimiento alternativa si quiere.
2. Firmar y poner la fecha en la sección “Reembolso, restitución y subrogación” de la solicitud.
3. Firmar y poner la fecha después de la “declaración de certificación”.
4. Después de llenar esta solicitud, pegue con cinta adhesiva o engrape todos los lados para sellar antes de enviarla por correo.

Si prefiere enviarnos su solicitud por correo en un sobre aparte y no tiene un sello, comuníquese con el Programa de Compensación para Víctimas y le enviaremos un sobre con franqueo pagado para enviar por correo su solicitud o facturas.

Si recibe más facturas relacionadas con delitos en el futuro, asegúrese de enviárnoslas a la dirección indicada en la primera página de esta solicitud.

**Conserve esta página para sus registros.**

## I. Información de la víctima

Nombre de la víctima: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad o pueblo: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Dirección de email: \_\_\_\_\_

Si no quiere que nos comuniquemos con usted en la dirección de arriba, dé otra dirección de correo y número de teléfono:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Si la víctima es menor de edad:

Nombre del padre o  tutor legal:

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Dirección de email: \_\_\_\_\_

Si la dirección es diferente a la dirección de la víctima:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si está bajo la custodia del DCF (Departamento de Niños y Familias), nombre del asistente social:

\_\_\_\_\_

### Si la víctima falleció:

Nombre del sobreviviente: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad o pueblo: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Dirección de email: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del sobreviviente: \_\_\_\_\_

Relación con la víctima: \_\_\_\_\_

## II. Información sobre el delito

Complete la mayor cantidad de información que pueda. Si no tiene esta información, deje el espacio en blanco e intentaremos obtener la documentación de la policía o de su Defensor de Víctimas.

Fecha del delito: \_\_\_\_\_ Fecha de denuncia: \_\_\_\_\_

Nombres de los sospechosos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de los sospechosos: \_\_\_\_\_

Ciudad donde ocurrió el delito: \_\_\_\_\_

El departamento de policía informó a: \_\_\_\_\_

Nombre del oficial de policía: \_\_\_\_\_

Número de incidente: \_\_\_\_\_

### Tipo de delito: (marque todo los que corresponda)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Incendio premeditado  | <input type="checkbox"/> Agresión                  | <input type="checkbox"/> Robo               |
| <input type="checkbox"/> Maltrato/negligencia física infantil                          |  |   |
| <input type="checkbox"/> Pornografía infantil  | <input type="checkbox"/> Abuso sexual infantil     |   |
| <input type="checkbox"/> Violencia doméstica   |  |   |
| <input type="checkbox"/> DUI (Conducir bajo la influencia de alcohol u otra sustancia) |  |   |
| <input type="checkbox"/> Fraude/delitos financieros                                    | <input type="checkbox"/> Homicidio                 | <input type="checkbox"/> Trata de personas  |
| <input type="checkbox"/> Secuestro   | <input type="checkbox"/> Otros delitos vehiculares | <input type="checkbox"/> Robo a mano armada |
| <input type="checkbox"/> Agresión sexual   | <input type="checkbox"/> Acoso                     | <input type="checkbox"/> Terrorismo         |
| <input type="checkbox"/> Otro _____  |  |   |

¿Está representado por un abogado privado en una demanda civil o acción de seguros sobre este delito?  Sí  No

Nombre del abogado:

\_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### III. Solicitudes de compensación

Complete la mayor cantidad de información que pueda. Si no tiene esta información, deje el espacio en blanco.

Solicito una compensación por las siguientes pérdidas relacionadas con el delito de:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cuidado infantil  | <input type="checkbox"/> Anteojos, audífonos, dentaduras postizas o cualquier dispositivo protésico tomado, perdido o destruido durante el delito |
| <input type="checkbox"/> Consejería  |   |
| <input type="checkbox"/> Limpieza de la escena del crimen                                  |   |
| <input type="checkbox"/> Dental  |   |
| <input type="checkbox"/> Gastos de funeral   | <input type="checkbox"/> Alojamiento de mascotas  |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de apoyo  | <input type="checkbox"/> Alquiler/reubicación   |
| <input type="checkbox"/> Salarios perdidos (tiempo perdido de trabajo)                     | <input type="checkbox"/> Seguridad/protección   |
| <input type="checkbox"/> Médico  | <input type="checkbox"/> Gastos de vida temporales  |
| <input type="checkbox"/> Kilometraje/combustible   | <input type="checkbox"/> Gastos de viaje/transporte   |
| <input type="checkbox"/> Pago de facturas por mascotas heridas o muertas durante el delito | <input type="checkbox"/> Otro: _____  |

➔ **Envíe las facturas relacionadas con el delito que reciba al Programa de Compensación para Víctimas. Indique el nombre y el número de teléfono de los proveedores que está viendo para el tratamiento del delito abajo:**

Dentista: _____	Teléfono: _____
Médico: _____	Teléfono: _____
Hospital: _____	Teléfono: _____
Consejero: _____	Teléfono: _____
Casa funeraria: _____	Teléfono: _____

#### Información del seguro:

¿La víctima tiene seguro médico?       Sí       No

En caso afirmativo, nombre de la compañía de seguros:

Medicaid     Medicare     MVP     Blue Cross/Blue Shield     Cigna

Otro: \_\_\_\_\_ Número de identificación del seguro: \_\_\_\_\_

¿El padre, tutor o sobreviviente tiene seguro médico?       Sí       No

En caso afirmativo, nombre de la compañía de seguros:

Medicaid     Medicare     MVP     Blue Cross/Blue Shield     Cigna

Otro: \_\_\_\_\_ Número de identificación del seguro: \_\_\_\_\_

**Nombre del empleador:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Pueblo: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email del empleador: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona de contacto en el trabajo: \_\_\_\_\_

Por el delito, falté al trabajo por lo siguiente:

Fechas perdidas:

Razón:

1. \_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

**TENGA EN CUENTA: SI ESTÁ PIDIENDO UNA COMPENSACIÓN POR SALARIOS PERDIDOS (TIEMPO PERDIDO DEL TRABAJO), NOS CONTACTAREMOS CON SU EMPLEADOR.**

¿Le pagaron por el tiempo perdido en el trabajo?     Sí     No

**➔ Si falta al trabajo en el futuro debido a razones relacionadas con el delito, comuníquese con nosotros con las fechas adicionales.**

#### **IV. Información opcional**

¿Dónde se enteró sobre el Programa de Compensación para Víctimas?

- Consejero
- Departamento de Niños y Familias
- Defensor de víctimas
- Hospital
- Policía
- Televisión
- Internet
- Radio
- Organización que atiende a personas con discapacidad
- Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**La siguiente información es opcional y se pide para cumplir las regulaciones federales, y solo tiene fines estadísticos.**

**Raza/Etnia: (autoinformado)**

- Indio americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Hispano o latino
- Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico
- Blanco no latino o caucásico
- Otra raza
- Varias razas

**Género: (autoinformado)**  Masculino  Femenino  Autoidentificación: \_\_\_\_\_

**Para ayudarlo mejor, necesita adaptaciones para cualquiera de los siguientes:**

(Opcional)

- Discapacidad visual
- Sordera o problemas de audición
- Discapacidad física
- Diagnóstico de salud mental
- Discapacidad intelectual

Identifique la discapacidad si no está en la lista arriba: \_\_\_\_\_

**Háganos saber qué adaptación le gustaría que le demos:**

- Interpretación del lenguaje de señas americano  Interpretación de idiomas
- Materiales impresos en letras grandes
- Asistencia de comunicación (especificar): \_\_\_\_\_

Otros (especificar): \_\_\_\_\_

Cada condado tiene un Defensor de Víctimas situado en la Oficina del Fiscal del Estado. Le animamos a que llame a su defensor si tiene alguna pregunta sobre el proceso judicial. Para obtener más información sobre cómo comunicarse con su Defensor, llame al Programa de Compensación para Víctimas al

1-800-750-1213 (Voz, solo VT)

o 1-802-241-1250 (Voz)

**Continuar a la página siguiente**

**Debe firmar y fechar en los tres (3) lugares siguientes para ser elegible para  
Compensación para Víctimas.**

**AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN**

Por la presente, autorizo voluntariamente, según las regulaciones de privacidad bajo HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 USC, párrafo 132d y siguientes) a cualquier hospital, clínica, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió o examinó a la víctima mencionada abajo; cualquier director de funeraria, compañía de seguros, consejero, abogado u otra persona que prestó servicios relacionados; cualquier empleador de la víctima o reclamante; cualquier agencia policial o gubernamental, incluyendo los servicios de ingresos estatales o federales; o cualquier organización que tenga los conocimientos pertinentes, a dar al Programa de Compensación para Víctimas de Vermont toda la información que tengan sobre el incidente que es la base de este reclamo. Una fotocopia de esta autorización es tan efectiva y válida como el original, a menos que la ley exija lo contrario. Se prohíbe la revelación adicional de esta información. Entiendo que esta autorización vencerá un año después de la fecha de esta autorización, a menos que se especifique lo contrario.

Además, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento informando al Programa de Compensación para Víctimas por escrito, excepto en la medida en que ya se haya usado.

Fecha de vencimiento alternativa si lo quiere: \_\_\_\_\_

Nombre de la víctima: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma de la víctima o sobreviviente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor, si la víctima es menor de 18 años: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**ACUERDO DE REEMBOLSO, RESTITUCIÓN Y SUBROGACIÓN**

Entiendo, en mi nombre, cesionario, heredero o dependiente, que la ley de Vermont requiere que me comunique y reembolse el Programa de Compensación para Víctimas si recibo pagos del delincuente, una acción civil o una compañía de seguros, y que el Programa de Compensación para Víctimas tiene un gravamen sobre cualquier dinero que pueda recuperar como resultado de este delito. También entiendo que debo informar al Programa si contrato a un abogado para que me represente en cualquier acción relacionada con este delito. Entiendo que mi firma indica que estoy de acuerdo con todas las declaraciones especificadas en este acuerdo.

Nombre de la víctima: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma de la víctima o sobreviviente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor, si la víctima es menor de 18 años: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN**

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Firma de la víctima o sobreviviente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor, si la víctima es menor de 18 años: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_