



Office of the Attorney General
BUREAU OF
VICTIM COMPENSATION



FORMULARIO DE RECLAMO DE COMPENSACIÓN PARA VÍCTIMAS

Dirección: PL-01, The Capitol, Tallahassee, FL 32399-1050 • Sitio web: MyFloridaLegal.com • Portal web: <https://VANext.MyFloridaLegal.com>

Correo electrónico: VCIntake@MyFloridaLegal.com • Información y remisión: (800) 226-6667 • Fax: (850) 414-6197

Estado de la facturación para proveedores: (850) 414-3331 • Las personas con dificultades auditivas deben llamar a Florida Relay: (800) 955-8771

La Oficina de Compensación a las Víctimas (Bureau of Victim Compensation) lamenta que usted haya enfrentado circunstancias que lo han llevado a presentar la solicitud de compensación económica. Reconocemos el efecto devastador del delito y lo animamos a que se comunique con un defensor de víctimas en su agencia local de las fuerzas del orden público o centro de servicios para víctimas para obtener ayuda para completar este formulario. Se advierte que las determinaciones de reclamos y beneficios se rigen por estatutos y normas administrativas que regulan las calificaciones de cada tipo de reclamo. Esta solicitud y futuras correspondencias tendrán lenguaje legal y técnico. Para ver si califica, lea atentamente los tipos de compensación que se ofrecen, requisitos básicos de elegibilidad y limitaciones antes de completar este formulario.

Sección uno - INSTRUCCIONES

Para agilizar el trámite de su solicitud, siga estas instrucciones.

1. Llene este formulario completamente (en letra de molde), firme y escriba la fecha en su firma.
2. Adjunte una prueba aceptable del delito, como el reporte del incidente de las fuerzas del orden público u otras autoridades competentes.
3. Adjunte cualquier documentación complementaria que se exija tal y como se indica en cada sección abajo para los beneficios que está pidiendo.
4. Envíe la solicitud completa y toda la documentación que se necesita por correo electrónico, fax o correo postal a la Oficina de Compensación a las Víctimas.
5. Si cambia su dirección postal, teléfonos o correo electrónico, debe proporcionar un aviso al departamento para evitar retrasos en el proceso de sus reclamos o beneficios.

Sección dos - SELECCIONE EL TIPO DE COMPENSACIÓN QUE ESTÁ PIDIENDO

Puede enviar una solicitud hasta por cinco diferentes tipos de reclamos usando esta solicitud y se le proporcionarán números de reclamo separados para cada uno.

COMPENSACIÓN A LAS VÍCTIMAS (VC)

Estos beneficios están disponibles si sufrió lesiones físicas o murió como resultado de un delito compensable, recibió una lesión psiquiátrica o psicológica por un delito grave, o un psicólogo o médico lo diagnosticó con una lesión mental por abuso infantil. Para cada gasto seleccionado en el Programa de Compensación a las Víctimas (Victim Compensation program), adjunte facturas detalladas o la documentación que se exija. Tenga en cuenta que los pagos que los proveedores en el estado hayan aceptado en nombre de las víctimas se consideran pagos completos según el Estatuto de Florida.

☐ FUNERAL/ENTIERRO

☐ PÉRDIDA DE APOYO

Para los dependientes de una víctima fallecida que estaban empleados en el momento del delito. (Vea la Sección once).

☐ ORIENTACIÓN EN EL DUELO

Para el cónyuge, padre/madre, hijo, hermano o dependiente de una víctima fallecida. (Vea la Sección once).

☐ LIMPIEZA DE LA ESCENA DEL DELITO

Disponible si tuvo gastos por quitar y eliminar sustancias bioquímicas o biopeligrosas.

☐ MÉDICO

☐ SALUD MENTAL

☐ DENTAL

☐ REEMBOLSO DE EMERGENCIA

Reembolso de gastos de bolsillo compensables. Proporcione facturas y recibos detallados junto con su solicitud.

☐ DISCAPACIDAD

Disponible si sufrió una discapacidad permanente de todo el cuerpo como resultado de un delito. Adjunte una Declaración de tratamiento por discapacidad completa (BVC409). (Vea la Sección doce).

☐ PÉRDIDA DE SALARIO

Disponible si perdió salarios por estar ausente del trabajo debido a lesiones físicas relacionadas con un delito. Adjunte un Reporte de pérdida de salario del empleo completado (BVC405) y una Declaración de tratamiento por discapacidad (BVC409). (Vea la Sección doce).

☐ PÉRDIDA DE PROPIEDAD (PL)

Disponible si perdió propiedad personal tangible que disminuye su calidad de vida, siempre que en el momento del acto criminal o delictivo usted tenía al menos 60 años o estaba discapacitado. El reembolso está limitado a la cantidad máxima del beneficio que aparece en la Lista de beneficios para cualquier reclamo, siempre que no se haya pagado previamente el máximo de por vida de \$1,000. Las víctimas menores de 60 años deben adjuntar una prueba de discapacidad anterior a la fecha del delito del Departamento de Asuntos de Veteranos (Department of Veterans Affairs), Administración del Seguro Social (Social Security Administration) o un formulario de Verificación de Discapacidad por Pérdida (BVC410). Las víctimas deben adjuntar un recibo o un cálculo por escrito de un proveedor o comerciante que identifique el valor de reemplazo comparable. Los artículos compensables deben identificarse en el reporte del incidente.

☐ REUBICACIÓN POR VIOLENCIA DOMÉSTICA (DV)

Disponible si necesita asistencia inmediata para escapar de un entorno de violencia doméstica. Se necesita la Hoja de certificación de reubicación (BVC106) certificada por un centro de violencia doméstica en el estado de Florida y debe recibirse en el plazo de los 30 días después de que ocurrió el delito de violencia doméstica.

☐ REUBICACIÓN POR AGRESIÓN SEXUAL (RS)

Disponible si necesita mudarse debido a un temor razonable por su seguridad. Se necesita la Hoja de reubicación (BVC106) certificada por un centro de crisis por violación en el estado de Florida y se debe recibir en el plazo de los tres años después de que ocurrió el delito de agresión sexual.

☐ REUBICACIÓN POR TRATA DE PERSONAS (HT)

Disponible si tiene una necesidad urgente de escapar de un entorno inseguro directamente relacionado con un delito de trata de personas con fines sexuales. Se necesita la Hoja de certificación (BVC106) certificada por un centro de violencia doméstica o crisis de violación en el estado de Florida y se debe recibir en el plazo de los 45 días después del delito o la última amenaza identificada que se haya comunicado a las autoridades correspondientes.

Sección tres - REQUISITOS BÁSICOS DE ELEGIBILIDAD

Pueden aplicar más criterios de calificación, fechas límite y excepciones no listados.

- ✓ SOLICITUD: si su paquete de solicitud no está completo cuando lo recibe la Oficina de Compensación a las Víctimas, no se procesará a tiempo y puede que lo rechacen.
- ✓ CÓMO REPORTAR: el delito debe reportarse a la policía local u a otras fuerzas del orden público o autoridades competentes en el plazo de 120 horas. Si el delito no se reportó de manera oportuna, deberá proporcionar una buena causa para el retraso.
- ✓ CÓMO PRESENTAR UN REPORTE: la Oficina de Compensación a las Víctimas debe recibir su solicitud en el plazo de tres años después de la fecha del delito, la muerte relacionada con el delito o después de que se determine que la muerte es el resultado de un delito. Por otra parte, la solicitud debe recibirse en el plazo de cinco años, y deberá proporcionar una buena causa para el retraso. Se aplican excepciones para las víctimas que son menores de edad. Pueden aplicar diferentes requisitos de tiempos para presentar un reporte.
- ✓ COLABORACIÓN: aunque no es necesario que se conozca la identidad del delincuente, se necesita que coopere completamente con los funcionarios de las fuerzas del orden público, la Oficina del Fiscal del Estado (State Attorney's Office) y la Oficina del Fiscal General (Attorney General's Office).
- ✓ ACTIVIDADES ILEGALES Y CONDUCTAS QUE IMPIDEN LA ELEGIBILIDAD: si las fuerzas del orden público u otras autoridades competentes identifican que usted participó en una actividad ilegal o contribuyó a la situación que causó su lesión o muerte, su reclamo se denegará.
- ✓ PRUEBA DEL DELITO: la Oficina de Compensación a las Víctimas exige información de las fuerzas del orden público o de las autoridades competentes para determinar si usted fue víctima de un delito que se puede indemnizar. Si se recibe un reporte que no es suficiente, que no establece que ocurrió un delito que se puede indemnizar, su reclamo se denegará. La documentación aceptable como prueba de que ocurrió un delito que se puede compensar incluye un reporte de las fuerzas del orden público; una declaración jurada acusando a un individuo de un delito presentada por las fuerzas del orden público; un reporte informativo presentado por un fiscal estatal; una acusación formal por un gran jurado; una comunicación por escrito de cualquier agencia del orden público federal; una certificación de un investigador de ciberdelito para propósitos de la sección 960.197 de los Estatutos de Florida; o un Formulario de reporte de información de las fuerzas del orden público BVC430. Para obtener ayuda con la recopilación de documentación aceptable, comuníquese con la agencia de las fuerzas del orden público local, la agencia donde se denunció el delito, la fuente de referencia o la Oficina del Fiscal del Estado local.

Sección cuatro -LIMITACIONES

Navegar por los recursos disponibles y las limitaciones para cada tipo de reclamo puede ser difícil de entender. Se remite a las víctimas/solicitantes a los defensores de víctimas en las agencias de las fuerzas del orden público, la Oficina del Fiscal del Estado, o centros de servicios para víctimas, para buscar recursos alternativos cuando no se cumplen los requisitos para compensación.

- REVISIÓN DE ANTECEDENTES PENALES: la compensación no está disponible para cualquier persona que, en el momento del delito estuviera reclusa o bajo custodia en un centro municipal o del condado, un centro correccional estatal o federal, o un centro de detención o evaluación de menores; o que anteriormente hubieran declarado culpable como delincuente por delitos graves habituales, delincuente violento habitual de delitos graves, o delincuente con patrón repetitivo de actividad criminal violenta; o declarado culpable de un delito grave con violencia.
- LIMITACIONES DE PAGO: la Oficina de Compensación a las Víctimas es el pagador de última instancia, lo que significa que la asistencia económica se puede pagar a favor o en nombre de víctimas de delitos calificados únicamente después de que todas las otras fuentes de pago se hayan agotado. Las autorizaciones de pago no se pueden preaprobar ni garantizar. La cantidad total pagada en cualquier reclamo está limitada por la Tabla de beneficios, se puede pagar por debajo del máximo, y se puede reducir sin previo aviso según la disponibilidad de financiamiento.
- LIMITACIONES DE PAGO POR REUBICACIÓN: se necesita un contrato de vivienda estándar o un Aviso de acuerdo residencial (BVC110) en el momento de la solicitud. Los beneficios de reubicación solo son para refugios provisionales de corto plazo y acuerdos de alquiler o arrendamientos de largo plazo para el lugar al que se mudó. Los pagos se deben hacer a nombre del centro de crisis por violación o violencia doméstica que certifica y deben aceptarse en el plazo de 30 días a partir de la fecha de emisión del pago. Una vez aceptado, deberá presentar recibos u otra documentación a la Oficina de Compensación a las Víctimas en un plazo de 45 días a partir de la fecha en que se emitieron los fondos. Los recibos u otra documentación deben demostrar cómo se usaron los fondos para cumplir el contrato de vivienda o el acuerdo residencial. Los beneficios totales de reubicación de cualquier reclamo están limitados por la Tabla de beneficios, y un máximo vitalicio de \$3,000 en todos los reclamos por ese tipo de beneficio.

Sección cinco - INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA

Proporcione información sobre usted o de la persona individual identificada por las autoridades competentes como víctima.

ESTATUS DE LA VÍCTIMA (marque una)		☐ Adulto	☐ Adulto discapacitado	☐ Menor	☐ Testigo menor no herido	☐ Adulto incompetente	☐ Fallecido
NOMBRE DE LA VÍCTIMA (primer nombre, segundo nombre, apellido)				FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)			
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		¿LE GUSTARÍA RECIBIR CORRESPONDENCIA POR CORREO ELECTRÓNICO? ☐ SÍ ☐ NO			
DIRECCIÓN		CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL	
TELÉFONO PRINCIPAL		TELÉFONO ALTERNO		OCUPACIÓN			
ESTA INFORMACIÓN SE RECOPILA PARA FINES DE REPORTES FEDERALES Y ES OPCIONAL							
RAZA/ORIGEN ÉTNICO (marque una)		☐ INDIO AMERICANO/ NATIVO DE ALASKA	☐ NEGRO/ AFROAMERICANO	☐ HISPANO/ LATINO	☐ HAWAIANA NATIVA U OTRA RAZA DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO	☐ BLANCO NO LATINO/ CAUCÁSICO	
		☐ ASIÁTICO	☐ OTRO	☐ MÚLTIPLE			
SEXO		☐ MASCULINO	☐ FEMENINO	☐ OTRO	PAÍS DE ORIGEN		

Sección seis - INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Complete esta sección si usted está presentando este reporte en nombre de un menor, de un testigo menor no lesionado, de un adulto incompetente o de una víctima fallecida. Cuando solicite una indemnización en nombre de una víctima adulta discapacitada o incompetente, se deberá adjuntar prueba de tutela legal.

RELACIÓN CON LA VÍCTIMA

NOMBRE DEL SOLICITANTE (primer nombre, segundo nombre, apellido)		FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)		
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	¿LE GUSTARÍA RECIBIR CORRESPONDENCIA POR CORREO ELECTRÓNICO? ☐ SÍ ☐ NO		
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO PRINCIPAL	TELÉFONO ALTERNO		OCUPACIÓN	

Sección siete - INFORMACIÓN DEL DELITO

Esta sección es necesaria. Proporcione pruebas aceptables del delito. (Vea la Sección 3)

AGENCIA DE LAS FUERZAS DEL ORDEN PÚBLICO A LA QUE SE REPORTÓ EL DELITO		AL CONDADO DONDE OCURRIÓ	
TIPO DE DELITO SEGÚN SE ESPECIFICA EN EL REPORTE DE INCIDENTES (listado de todas las infracciones)	FECHA DEL DELITO (mm/dd/aaaa)	FECHA EN QUE SE REPORTÓ A LAS FUERZAS DEL ORDEN PÚBLICO (mm/dd/aaaa)	
NÚMERO DEL REPORTE DE LAS FUERZAS DEL ORDEN PÚBLICO		NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE LAS FUERZAS DEL ORDEN PÚBLICO	
SI SE CONOCE AL DELINCUENTE, ¿YA LO ARRESTARON? ☐ SÍ ☐ NO	NOMBRE DEL DELINCUENTE (primer nombre, segundo nombre, apellido)		
NOMBRE DEL FISCAL ADJUNTO DEL ESTADO (si corresponde)		NÚMERO DE CASO DEL FISCAL DEL ESTADO/NÚMERO DE CASO DEL SECRETARIO DEL TRIBUNAL	

Sección ocho - BUENA CAUSA

Identificar explicaciones sobre los retrasos en reportar el delito a las autoridades competentes en el plazo de las 120 horas siguientes al incidente, presentar la solicitud en el plazo de tres años a partir de la fecha del delito o los motivos por las cuales no pudo cooperar con las autoridades competentes.

¿SE DENUNCIÓ EL DELITO A LAS FUERZAS DEL ORDEN PÚBLICO EN EL PLAZO DE LAS 120 HORAS SIGUIENTES AL INCIDENTE? SI SU RESPUESTA ES NO, EXPLIQUE. TAMBIÉN SE PUEDE USAR UN FORMULARIO DE EXPLICACIÓN DEL TIEMPO DE REPORTE (BVC103). (No proporcionar una explicación aceptable dará como resultado que se deniegue el beneficio).	☐ SÍ ☐ NO
¿LA SOLICITUD SE PRESENTA EN EL PLAZO DE LOS TRES AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DEL DELITO? SI SU RESPUESTA ES NO, EXPLIQUE. TAMBIÉN SE PUEDE USAR UN FORMULARIO DE EXPLICACIÓN DEL PLAZO DE PRESENTACIÓN (BVC102). (Si no se proporciona una explicación aceptable esto dará como resultado que se deniegue el beneficio).	☐ SÍ ☐ NO
¿COOPERÓ CON LAS AUTORIDADES COMPETENTES DURANTE LA INVESTIGACIÓN Y DURANTE TODO EL PROCESO, SI CORRESPONDE? ☐ SÍ ☐ NO SI SU RESPUESTA ES NO, EXPLIQUE. TAMBIÉN SE PUEDE USAR UN FORMULARIO DE EXPLICACIÓN DE NO COOPERACIÓN (BVC104). (No proporcionar una explicación aceptable dará como resultado que se deniegue el beneficio).	

Sección nueve - INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS/FUENTES COLATERALES

Identifique todas las aseguradoras abajo. Si se determina que su reclamo es elegible para los Programas de Compensación a Víctimas o Pérdida de Propiedad (Victim Compensation and/or Property Loss Programs), es posible que esté exento de las disposiciones de deducible o copago de sus pólizas de seguro. Adjunte una hoja aparte si necesita más espacio. Adjunte una copia de su tarjeta de seguro o declaración de póliza.

TIPO DE SEGURO/FUENTE COLATERAL DISPONIBLE (marque todas las que correspondan)					
☐ MEDICARE	☐ MEDICAID	☐ HEALTH	☐ DENTAL	☐ DISCAPACIDAD	☐ HOSPITALIZACIÓN
☐ AUTOMÓVIL	☐ ALQUILER	☐ ACCIDENTE	☐ VISTA	☐ PROPIEDAD	☐ COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA			NÚMERO DE PÓLIZA	¿ES ESTA UNA HMO O UNA PÓLIZA FEDERAL?	
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA			NÚMERO DE PÓLIZA	¿ES ESTA UNA HMO O UNA PÓLIZA FEDERAL?	
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	

Sección diez -OTRAS COMPENSACIONES, ACUERDOS E INFORMACIÓN DEL ABOGADO				
Identifique si ha recibido o espera recibir una compensación o algún beneficio de cualquier otra fuente debido al delito; o, si está planeando contratar a un abogado para que lo represente como resultado del delito.				
MARQUE SI TIENE O PLANEA PRESENTAR (marque todas las que correspondan)				
☐ SUBSIDIO DE DESEMPLEO ☐ RESTITUCIÓN ☐ ACUERDO ☐ DEMANDA LEGAL/ACCIÓN CIVIL				
NOMBRE DEL ABOGADO CIVIL (primer nombre, segundo nombre, apellido)		FIRMA		¿HA RECIBIDO ALGÚN FONDO A LA FECHA DE ESTA PRESENTACIÓN? ☐ SÍ (¿CUÁNTO?) ☐ NO
DIRECCIÓN		CIUDAD		ESTADO CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO PRINCIPAL		TELÉFONO ALTERNO		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
Sección once - INFORMACIÓN PARA DEPENDIENTES DE PÉRDIDA DE MANUTENCIÓN Y ORIENTACIÓN PARA EL DUELO				
Proporcione los nombres, las fechas de nacimiento y la relación con la víctima fallecida de cualquier cónyuge, padre/madre, hijo, hermano o dependiente sobreviviente. Para las personas menores de 18 años, indique quién tiene la tutela del menor. Adjunte también declaraciones de impuestos sobre ingresos que muestren las ganancias de uno a tres años anteriores a la fecha del delito, o un Reporte de empleo por pérdida de salario de compensación a las víctimas (BVC405) para documentar las ganancias anteriores al delito. La dependencia se puede establecer según la declaración de impuestos federales sobre ingresos de la víctima, el certificado de matrimonio, el certificado de nacimiento o defunción, una copia de la aprobación de las prestaciones de supervivencia de la Administración de la Seguridad Social o una orden judicial de manutención. Adjunte una hoja aparte si necesita más espacio para identificar a los dependientes que solicitan orientación por pérdida de apoyo o duelo.				
NOMBRE DEL DEPENDIENTE (primer nombre, segundo nombre, apellido)		FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)		RELACIÓN CON LA VÍCTIMA ¿ES EL SOLICITANTE IDENTIFICADO EN LA SECCIÓN SEIS EL TUTOR LEGAL DE ESTE DEPENDIENTE? ☐ SÍ ☐ NO
NOMBRE DEL DEPENDIENTE (primer nombre, segundo nombre, apellido)		FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)		RELACIÓN CON LA VÍCTIMA ¿ES EL SOLICITANTE IDENTIFICADO EN LA SECCIÓN SEIS EL TUTOR LEGAL DE ESTE DEPENDIENTE? ☐ SÍ ☐ NO
NOMBRE DEL DEPENDIENTE (primer nombre, segundo nombre, apellido)		FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)		RELACIÓN CON LA VÍCTIMA ¿ES EL SOLICITANTE IDENTIFICADO EN LA SECCIÓN SEIS EL TUTOR LEGAL DE ESTE DEPENDIENTE? ☐ SÍ ☐ NO
Sección doce - DISCAPACIDAD Y PÉRDIDA DE SALARIO SOBRE EL EMPLEO/INFORMACIÓN MÉDICA				
Para prestaciones por discapacidad o pérdida de salarios, adjunte una Declaración de discapacidad por tratamiento de compensación a víctimas (BVC409) completa y firmada por un médico, dentista, psiquiatra o quiropráctico, que identifique la discapacidad permanente de todo el cuerpo expresada como un porcentaje o las fechas en que estuvo de baja laboral debido a lesiones físicas relacionadas con el delito. Para el beneficio por pérdida de salario, también adjunte un Reporte de empleo por pérdida de salario de compensación a las víctimas completo (BVC405). Si trabaja por cuenta propia o para un familiar, adjunte una copia de su última declaración de impuestos sobre ingresos y los formularios correspondientes del IRS en lugar del reporte de pérdida de salario.				
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE QUE EMITE EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD/BAJA LABORAL			NOMBRE DEL CONSULTORIO PRINCIPAL DEL MÉDICO	
TELÉFONO DEL MÉDICO		NÚMERO DE FAX DEL MÉDICO		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL MÉDICO
NOMBRE DEL EMPLEADOR/COMPAÑÍA/NEGOCIO			NOMBRE DEL SUPERVISOR	
TELÉFONO DEL SUPERVISOR		NÚMERO DE FAX DEL SUPERVISOR		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL SUPERVISOR
Sección trece - INFORMACIÓN SOBRE LA FUENTE DE REMISIÓN				
Las personas que lo ayudaron o completaron alguna sección de esta solicitud es necesario que proporcionen la información de referencia abajo. Si recibe ayuda para completar la solicitud, revise todas las secciones antes de firmarla. (Los proveedores de tratamiento que ofrecen remisiones pueden solicitar capacitación sobre los tipos de reclamos disponibles comunicándose con la Oficina de Compensación a las Víctimas, lo cual se recomienda antes de convertirse en una fuente de referencia).				
NOMBRE DE LA PERSONA QUE AYUDÓ CON LA SOLICITUD (primer nombre, segundo nombre y apellido)			NOMBRE DE LA AGENCIA/ORGANIZACIÓN	
DIRECCIÓN DE LA AGENCIA		CIUDAD		ESTADO CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			TELÉFONO	
Sección catorce - AUTORIZACIÓN PARA HABLAR CON OTRO REPRESENTANTE				
Si quiere darle permiso a un familiar, amigo u otra persona para hablar o tomar decisiones con relación a su reclamo, proporcione su información.				
NOMBRE DE LA PERSONA CON LA QUE SE HABLARÁ (primer nombre, segundo nombre, apellido)		TELÉFONO		RELACIÓN CON LA VÍCTIMA

Sección quince - CONFIDENCIALIDAD, REVELACIONES, CONSENTIMIENTOS LEGALES Y FIRMA

CONFIDENCIALIDAD: si usted es víctima de agresión sexual, abuso infantil agravado, acoso agravado, hostigamiento, agresión agravada o violencia doméstica, tiene derecho a que la información sobre la dirección de casa y el teléfono, la dirección de su trabajo, el teléfono del trabajo y sus bienes personales se mantenga confidencial durante un período de cinco años. Si usted es víctima de alguno de estos delitos, marque una de las siguientes declaraciones. Su respuesta no afectará el proceso de su reclamo.

☐

Quiero que la información sea confidencial.

☐

NO quiero que la información sea confidencial.

NOTA: Si usted no es víctima de agresión sexual, abuso infantil agravado, acoso agravado, hostigamiento, agresión agravada o violencia doméstica, su información puede estar sujeta a revelación según una solicitud de registros públicos, independientemente de su selección de arriba.

REVELACIÓN DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: la Oficina de Compensación a las Víctimas recopila y usa los números de Seguro Social con el propósito de desempeñar deberes y responsabilidades imperativos entre las que pueden incluir: búsqueda de registros de antecedentes penales, administración de identidad, facturación y pagos, beneficios de procesamiento y presentación de reportes a las agencias gubernamentales estatales y federales autorizadas. No proporcionar esta información opcional puede hacer que se retrase el proceso de su solicitud o beneficios. Las leyes federales y estatales necesitan que la Oficina proteja los números de Seguro Social contra su revelación a partes no autorizadas. A menos que usted o su representante legal otorguen una exención, los números de Seguro Social se censurarán, a menos que la agencia reciba una orden judicial para entregar un archivo sin censura.

REVELACIÓN DE ANTECEDENTES PENALES: se hará una búsqueda de los registros de antecedentes penales de todas las víctimas/solicitantes. Por la presente autorizo y entiendo que se analizarán los reportes de antecedentes penales para determinar si cumpla los requisitos de elegibilidad.

REQUISITO DE REEMBOLSO: entiendo que debo informar a la Oficina de Compensación a las Víctimas antes de que se obtenga un acuerdo civil, una orden de restitución o cualquier beneficio de cualquier fuente. Reconozco que la Oficina de Compensación a las Víctimas es el pagador de última instancia y que debo reembolsar al Fondo Fiduciario de Compensación a Víctimas de Delitos si recibo una compensación y también recibo un pago de otra fuente como resultado del mismo incidente criminal. Otras fuentes incluyen, entre otros, cualquier pago del delincuente, póliza de seguro, acuerdo, convenio, sentencia o laudo en una demanda legal de terceros. También entiendo que, si se revoca o retira mi elegibilidad, debo reembolsar cualquier cantidad recibida o pagada en mi nombre por el Fondo Fiduciario de Compensación a Víctimas de Delitos.

GRAVES DIFICULTADES ECONÓMICAS: certifico que tengo graves dificultades económicas debido a gastos relacionados con delitos que no se pueden pagar por ninguna otra fuente, y que esta pérdida afecta negativamente mi calidad de vida.

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN: doy permiso a cualquier hospital, médico, dentista, consejero de salud mental u otro proveedor de tratamiento, institución bancaria, agencia de servicios sociales, agencia de las fuerzas del orden público, agencia correccional, Oficina del Fiscal del Estado, aseguradora, abogado o empleador para proporcionar información que se solicita sobre cualquier tratamiento prestado, empleo, seguro, pagador externo o información de investigación de las fuerzas del orden público a la Oficina de Compensación a las Víctimas para su uso en el proceso de mi reclamo. Doy permiso a la Oficina para revelar información sobre el estado de mi reclamo a cualquier proveedor de tratamiento, agencia de las fuerzas del orden público u Oficina del Fiscal del Estado.

VÍCTIMA: debe estar firmado y fechado por la víctima si presenta la solicitud como adulto competente o discapacitado.

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE: _____

FIRMA: _____ FECHA: _____

Bajo pena de perjurio o fraude, la información que he proporcionado es verdadera y correcta hasta donde yo sé.

SOLICITANTE: se necesita la firma del solicitante si presenta la solicitud como padre/madre, tutor legal o persona autorizada para administrar el patrimonio de la víctima. Esto incluye a los solicitantes que presentan su solicitud en nombre de un menor, un testigo menor no lesionado, un adulto incompetente o una víctima fallecida.

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE: _____

FIRMA: _____ FECHA: _____

Bajo pena de perjurio o fraude, la información que he proporcionado es verdadera y correcta hasta donde yo sé.