



SOLICITUD PARA COMPENSACIÓN DE VÍCTIMAS DE CRIMEN ESTADO DE COLORADO

El Programa de Compensación de Víctimas de Crimen opera sobre el C.R.S. §24-4.1-101 et seq.

Requisitos de elegibilidad:

1. El crimen debe ser uno en que la víctima haya sufrido daño corporal o mental, muerte, o la víctima haya sufrido daños a su propiedad, como las cerraduras, ventanas o puertas resultando de un crimen que puede ser compensativo.
2. La víctima tiene que cooperar con los oficiales del ministerio publico (policía, fiscal de distrito, etc.).
3. La policía a sido notificada dentro las 72 horas después que el crimen haya ocurrido.
4. El daño o la muerte de la víctima no es el resultado de su propio mal proceder.
5. El crimen tubo que haber ocurrido en o después del 1° de Julio de 1982.
6. La solicitud para compensación tiene que haber sido sometida dentro un año despues de la fecha del crimen; seis meses para daños de propiedad.

NOTA: El Consejo de Compensación de Víctimas PUEDE renunciar algunos de estos requisitos para el interes de la justicia o para la buena causa.

Información General:

1. No tiene que haber un arresto para que la víctima pueda ser elegible para recibir compensación.
2. Compensación se puede recibir para gastos médicos, asistencia psicológica, dentaduras, lentes, aparatos auditivos, o cualquier otro protesis o aparato médico, perdida de ingresos, cuidado médico fuera del hospital, servicios médicos en casa, gastos funerales y perdida del sostenimiento para los dependientes.
3. Compensación se puede recibir para reemplazar o reparar la propiedad dañada como puertas, ventanas, o cerraduras que resultaron dañadas durante el acto del crimen.
4. Por ley, la victima tiene que aplicar a otras fuentes disponibles de ayuda financiera, incluyendo seguros privados, seguros de Medicaid o Medicare.
5. Por favor adjunte todos las facturas y recibos. Usted puede aplicar aunque no haya recibido ninguna factura hoy.
6. Su reclamo será investigado y presentado al Consejo de Compensación de Víctimas. Este proceso se puede tardar hasta 60 días.
7. Lo maximo que puede recibir es \$30,000. Por poliza del Consejo de Compensación de Víctimas, compensación es limitada a ciertas categorias. Ciertos distritos no pagan lo maximo de \$30,000.
8. Si su demanda es negada, Ud. tiene derecho de pedir una apelación del Consejo y tiene derecho de someter nueva o información adicional relacionada a las razón(es) que el Consejo uso para negar o reducir su demanda. Usted puede pedir una apelación contactando al programa de Compensación de Víctimas dentro de 30 días despues de que reciba una noticia de negación o reducción de su reclamo. Si solicita una apelación, se le mandara mas información sobre el proceso por correo. Si la decision del Consejo es mantenida, Ud tiene 30 días en que esta decision puede ser revisada por Las Reglas de Colorado del Procedimiento Civil.

Por favor conteste cada pregunta. Si no es aplicable, marque N/A.

SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA

Nombre de la Víctima (Primer Nombre, Medio Nombre, Apellido)		
Domicilio	Ciudad/Estado/Código Postal	
Teléfono del Hogar	Teléfono del Trabajo	
Fecha de Nacimiento	Edad cuando el crimen ocurrió	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Estado de Residencia		
La siguiente información es usada solamente para propósitos estadísticos. Se requiere para cumplir con regulaciones federales.		
Inválido: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Mental	Grupo Étnico: <input type="checkbox"/> Anglo <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Hispano/Español <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Otro: _____	¿Quién lo refirió al Programa de Compensación de Víctimas? <input type="checkbox"/> Asistente de Víctima <input type="checkbox"/> Oficial de Policía <input type="checkbox"/> Fiscal del Distrito <input type="checkbox"/> Servicios Sociales <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Terapeuta <input type="checkbox"/> Otro: _____

SECCIÓN 2 – INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE ESTA HACIENDO EL

RECLAMO (Esta información es necesaria sí la persona que esta haciendo el reclamo no es la víctima, eje. el pariente o guardián de la víctima, o familia de la víctima).

Nombre de la persona que esta haciendo la reclamo	
Domicilio	Ciudad/Estado/Código Postal
Teléfono del Hogar	Teléfono del Trabajo
Relación a la Víctima	_____

SECCIÓN 3 – INFORMACIÓN DEL CRIMEN *(Todos los solicitantes tienen que completar esta sección)*

Tipo de Crimen: <input type="checkbox"/> Violencia Domestica <input type="checkbox"/> Conductor Embriagado/Asalto de Coche/Homicidio <input type="checkbox"/> Asalto <input type="checkbox"/> Asalto Físico de niño <input type="checkbox"/> Robo/Daño criminal <input type="checkbox"/> Asalto Sexual de un niño por un miembro de la familia <input type="checkbox"/> Asalto Sexual – Adulto <input type="checkbox"/> Asalto Sexual de un niño por una persona extraña <input type="checkbox"/> Asesinato/Homicidio <input type="checkbox"/> Otro _____	
Fecha del crimen:	Dep. de la Policía/Agencia donde se reporto el crimen:
Numero del caso:	El nombre del oficial de la policía quien esta a cargo del caso:
¿Quién cometió el crimen?	La relación de la víctima al sospechoso:
¿El crimen paso en el trabajo? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	El condado donde el crimen ocurrió:

Adjunte todas las facturas y recibos. Por favor mande cualquier factura que reciba en el futuro.

SECCIÓN 4 – BENEFICIOS *(Por favor marque cada tipo de reclamo por el cual esta pidiendo compensación y conteste la información requerida a continuación o marque el tipo de demanda N/A).*

___ **SERVICIOS MÉDICOS:** Someta copias de las facturas medicas, si las tiene.

Hospital: si no **Doctor:** si no **Quiropráctica:** si no
Dental: si no **Terapia Física:** si no
Cuidado de enfermedad en casa: si no **Otro:** _____

___ **ARTÍCULOS MÉDICOS PERSONALES:** Someta copias de las facturas medicas, si las tiene
 (Limitadas a artículos medicos que fueron dañados o destruidos durante el crimen).

Lentes/Lentes de Contacto: si no **Dentaduras:** si no
Audífono: si no **Artículo de Prótesis:** si no **Otro:** _____

___ **TERAPIA PSICOLÓGICA:** Remita copias de las facturas, si las tiene. Si esta en terapia, por favor complete lo demás:

El Nombre del Terapeuta: _____ **Teléfono:** _____
Domicilio: _____

SECCIÓN 4 - BENEFICIOS (continuación):

— **SALARIOS PERDIDOS:** ¿Si la victima dejo de trabajar por un tiempo a causa de heridas físicas o emocionales causadas por el crimen, cual tipo de tiempo uso?

Tiempo de Reposo de Enfermedad: si no **Tiempo de Vacaciones:** si no **Tiempo Personal:** si no

— **GASTOS FUNERALES:** Adjunte todos las facturas y recibos, si las tiene.

PROPIEDAD RESIDENCIAL: Adjunte todos las facturas y recibos, si las tiene.
 — (Reembolso por puertas residencial exteriores, cerraduras, y ventanas dañadas o destruidas durante el crimen.)

Puertas: si no **Cerraduras:** si no **Ventanas:** si no

Cantidad del deducible de seguro residencial: \$ _____

— **PERDIDA DEL SOSTENIMIENTO PARA LOS DEPENDIENTES** (Contacte a su distrito local para información adicional sobre este beneficio.)

— **FONDOS DE EMERGENCIA:** El Fondo de Compensación de Victima PUEDE asistir a víctimas con pagos de emergenciá, si es determinado que una emergencia resulto directamente del crimen. Por póliza, unas jurisdicciones no hacen pagos de emergencia. Contacte a su distrito local para investigar si hay fondos de emergencia y para pedir información adicional sobre este beneficio.

SECCIÓN 5 – INFORMACIÓN DE SEGURO

Todos los solicitantes buscando compensación por cobros médicos tienen que completar la siguiente información de seguros y otros fondos disponibles para pagar cobros médicos.

FUENTE:	SÍ	NO	NO SABE	Nombre de la compañía de seguro/Numero de la póliza/Teléfono
Seguro Privado				
Medicaid				
Seguro de Grupo				
Medicare				
Compensación de Trabajo				
Seguro de Inválidez				
Seguro de Automóvil				
Seguro de Casa/Inquilino				
Seguro Militar				
Otro				

SECCIÓN 6 – PLEITO CIVIL

¿Piensa Ud. demandar a la persona(s) o negocios/agencia responsable por esta herida? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Si contesta que sí, por favor conteste la siguiente información:	
El Nombre de su Abogado Civil: _____	
Domicilio	Ciudad/Estado/Código Postal
Teléfono _____	
NOTA: <i>El Consejo de Compensación de Víctima tiene que ser notificado de cualquier acción civil y tiene que recibir documentación sobre cualquier arreglo y acuerdo de dinero.</i>	

SECCIÓN 7 – DESCARGO DE INFORMACIÓN Y LOS DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS Y LAS RESPONSABILIDARES

Certificación de la Aplicación: Toda la información dada en esta aplicación para El Consejo de Compensación de Víctimas es verdadera y precisa de acuerdo a mi conocimiento. Yo entiendo que dar información falsa puede resultar en la negación de mi reclamo y puedo ser castigado por la ley.
Cooperación: Yo entiendo que mi falta de cooperación con la policía o fiscal del distrito o sheriff, puede resultar que mi reclamo sea negado.
Proceso de Aplicación Alternativa: Si usted siente que el Consejo de Compensación de Víctimas en su distrito no puede revisar su reclamo porque hay una relación personal entre Ud. y miembros del Consejo, su reclamo puede ser revisado por otro distrito. Si su reclamo es aprobado, las facturas serán pagadas en esta oficina. Yo entiendo que esto puede causar que el proceso de mí reclamo se retrase.
Reembolso al Consejo de Compensación de Víctimas: Estoy de acuerdo en reembolsar al programa del Consejo de Compensación de Víctimas si recibo pagos del infractor (indemnización o acción civil), del seguro, gobierno o agencia privada quien pague estos gastos después de que sé hayan pagado por El Consejo.
Acuerdo de Subrogo: Yo entiendo que aceptar compensación del Consejo de Compensación de Víctimas, le estoy dando permiso al Estado de que subroge a cualquier recompensa que yo reciba en el futuro por cualquier causa o acción.
Autorización para la difusión de información: Por medio del presente, doy autorización a todos los hospitales públicos o privados, doctores, sitios médicos, agencias de seguros o cualquier otra agencia o persona que tenga información sobre mi reclamo de proveer información de mis archivos o dar validación a mí reclamo. Entiendo que cualquier información dada puede ser revela por ley.
Descargo de Fondos: Por el Acto de Consejo de Compensación de Víctimas, yo autorizo descargo de fondos compensados a mí que sean directamente pagados a agencias o personas medicas que son aplicables a mí reclamo. Yo entiendo que cualquier compensación es sujeta a fondos disponibles y a la discreción del Consejo.
Derecho de Reconsideración: Como solicitante, Ud. tiene derecho de pedir un apelación del Consejo si su reclamo es negada. Ud. puede presentar evidencia y testigos. En la audiencia, Ud. como el solicitante, tiene que probar que su reclamo es razonable y compensararlo bajo los términos del Acto de Consejo de Compensación de Víctimas. En el evento de que su negación es mantenida por El Consejo, Ud. tiene 30 días en que esta decision es revisada por Las Reglas de Colorado del Procedimiento Civil.

Nombre _____

Firma de la Víctima o Pretendiente _____

Fecha _____