

## 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.

#### **Informacion 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 applicar 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 recivir 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 adiciónal 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 informacíon 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

Γeléfono del Hog		Ciudad/Estado/Código Postal  Teléfono del Trabajo	
	rar Teléfono del Tra		
Fecha de Nacimiento	Edad cuando el crimen ocurrió	Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino	
Estado de Reside	ncia		
La siguiente inforcente la siguiente inforcente la siguiente inforcente la siguiente inforcente la siguiente la siguiente inforcente la siguiente la	rmación es usada solamente para propósitos federales	estadísticos. Se requiere para cumplir	
nválido: □Sí □Físico	Grupo Étnico:  □ Indio Americano o Nativos de Alaska	¿Quién lo refirió al Programa de Compensación de Víctimas? □ Asistente de Víctima	
□No □Mental	□ Asiático	☐ Oficial de Policía	
	□ Africano Americano	☐ Fiscal del Distrito	
	□ Hispano o Latino	☐ Servicios Sociales	
	□ Nativo de Hawái u Otro Isleño Pacífico	□ Hospital	
	<ul><li>□ Blanco No-Latino o Caucásico</li><li>□ Alguna Otra Raza</li></ul>	□ Terapista	
	□ Múltiples Razas	□ Otro:	

# SECCIÓN 3 – INFORMACÍON DEL CRIMEN (Todos los solicitantes tienen que completar esta sección)

Tipo de Crimen:	
☐ Violencia Domestica	☐ Conductor Embriagado/Asalto de Coche/Homicidio
☐ Asalto	☐ Asalto Físico de niño
☐ Robo/Daño criminal	☐ Asalto Sexual de un niño por un miembro de la familia
☐ Asalto Sexual – Adulto	☐ Asalto Sexual de un niño por una persona extraña
☐ Asesínato/Homicidio	☐ 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? □si □no	El condado donde el crimen ocurrió:
el futuro.  ECCIÓN 4 – BENEFICIOS (Por fa	bos. Por favor mande qualquier factura que reciba en  vor marque cada tipo de reclamo por el cual esta pidiendo compensación y
el futuro.  ECCIÓN 4 — BENEFICIOS (Por fa onteste la información requerida a continuación o SERVICIOS MÉDICOS: Som Hospital: si no Doctor: Dental: si no Terapia	avor marque cada tipo de reclamo por el cual esta pidiendo compensación y o marque el tipo de demanda N/A).  Teta copias de las facturas medicas, si las tiene.  Si Sno Quiropráctica: Si Sno Si
ECCIÓN 4 — BENEFICIOS (Por fainteste la información requerida a continuación o SERVICIOS MÉDICOS: Som Hospital: Si Si Do Doctor: Dental: Si Do Terapia Cuidado de enfermedad en casa: sil ARTÍCULOS MÉDICOS PER (Limitadas a artículos medicos que Lentes/Lentes de Contacto: Si	twor marque cada tipo de reclamo por el cual esta pidiendo compensación y o marque el tipo de demanda N/A).  teta copias de las facturas medicas, si las tiene.    Si
ECCIÓN 4 — BENEFICIOS (Por fainteste la información requerida a continuación o SERVICIOS MÉDICOS: Som Hospital: Si Si Do Doctor: Dental: Si Do Terapia Cuidado de enfermedad en casa: sil ARTÍCULOS MÉDICOS PER (Limitadas a artículos medicos que Lentes/Lentes de Contacto: Si	avor marque cada tipo de reclamo por el cual esta pidiendo compensación y o marque el tipo de demanda N/A).  neta copias de las facturas medicas, si las tiene.    Si
ECCIÓN 4 — BENEFICIOS (Por fainteste la información requerida a continuación o SERVICIOS MÉDICOS: Som Hospital: Si Si Do Doctor: Dental: Si Do Terapia Cuidado de enfermedad en casa: sil ARTÍCULOS MÉDICOS PER (Limitadas a artículos medicos que Lentes/Lentes de Contacto: Si Audífono: Si Do Articu	twor marque cada tipo de reclamo por el cual esta pidiendo compensación y o marque el tipo de demanda N/A).  teta copias de las facturas medicas, si las tiene.    Si

### SECCIÓN 4 - BENEFICIOS (continuación): SALARIOS PERDÍDOS: ¿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 Tiempo de Vacaciones: **Tiempo Personal:** □si □no **Enfermedad:** □si □no □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. Nombre de la compañía de seguro/Numero de la NO **FUENTE:** Sí NO SABE 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? ☐si ☐no				
Si contesta que sí, por favor conteste la siguiente información:				
El Nombre de su Abogado Civil:				
Domicilio	Ciudad/Estado/Código Postal			
Teléfono				
<b>NOTA:</b> 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.				
SECCIÓN 7 – DESCARGO DE INFORMACIÓN Y LOS DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS Y LAS RESPONSIBILIDARES				
<b>Certificación de la Aplicación:</b> 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.				
<b>Cooperación:</b> Yo entiendo que mi falta de cooperación con la policía o fiscal del distrito o sheriff, puede resultar que mi reclamo sea negado.				
<b>Proceso de Aplicación Alternativa</b> : 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.				
<b>Acuerdo de Subrogue:</b> Yo entiendo que aceptar compensación del Consejo de Compensación de Víctimas, le estoy dando permiso al Estado de que subrogue a cualquier recompensa que yo reciba en el futuro por cualquier causa o acción.				
<b>Autorización para la difusión de información:</b> 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.				
<b>Descargo de Fondos:</b> 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.				
<b>Derecho de Reconsideración:</b> 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 compensantarío 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				