

Solicitud de Compensación para las Víctimas de Crímenes

Sección 1: Solicitante

Se debe llenar una solicitud separada para cada persona que busca ayuda.
La sección 1 debe ser llenada en todas las solicitudes. El solicitante es la persona que tiene gastos o está solicitando asistencia que resulta por un crimen. Si usted está llenando esta solicitud para otra persona, ponga la información de esa persona en la Sección 1 y la información de usted en la Sección 3.

Idioma hablado preferido

Idioma escrito preferido

Primer Nombre Medio Nombre Apellido Género

Relación con la víctima Número de Seguro Social (SSN) Fecha de nacimiento
No SSN

Dirección de correo

Nombre y número de calle o caja postal

¿Desde la fecha del crimen, el **solicitante** ha estado en prisión, en libertad vigilada, o en libertad bajo palabra de honor por una felonía?

¿Está el **solicitante** requerido a registrarse como delincuente sexual?

Segunda dirección (núm. apartamento o unidad) Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de contacto Extensión Correo electrónico Tipo de correo elec.

Marque esta caja si usted es un padre/guardián que va a aplicar por un testigo menor de edad que ha presenciado un delito violento. Los menores son elegibles solamente para el tratamiento de la salud mental. El solicitante es menor de 18 años, es un testigo que estuvo cerca de un crimen violento, pero no es ni la víctima del crimen ni es relacionado con la víctima. Proporcione la información de la víctima, el crimen u otra información en las siguientes secciones.

Si usted es una víctima adulta y los gastos son para usted, pase a la Sección 4

Si no, continúe a la Sección 2.

Sección 2: La víctima del crimen

La víctima del crimen es la persona que fue herida, amenazada con lesión, o falleció a causa del crimen.

Primer Nombre Medio Nombre Apellido Género

Número de Seguro Social (SSN) Fecha de nacimiento Si la víctima falleció, fecha de fallecimiento
No SSN

Dirección de correo

Nombre y número de calle o caja postal

¿Desde la fecha del crimen, la **víctima** ha estado en prisión, en libertad vigilada, o en libertad bajo palabra de honor por una felonía?

¿Está la **víctima** requerida a registrarse como delincuente sexual?

Segunda dirección (núm. apartamento o unidad) Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de contacto Extensión Correo electrónico Tipo de correo elec.

Si usted está llenando esta solicitud en nombre de un menor o adulto incapacitado, continúe a la Sección 3.
Si no, pase a la Sección 4.

Sección 3: El padre o guardián (solicitante)

Esta sección es para padres o guardianes de menores o adultos incapacitados de la Sección 1.

Idioma hablado preferido

Indique por favor su relación con la persona de la Sección 1:

Idioma escrito preferido

Primer Nombre

Medio Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento

Género

Número de Seguro Social (SSN)

No SSN

Dirección de correo

Nombre y número de calle o caja postal

¿Desde la fecha del crimen, ha estado **usted** en prisión, en libertad vigilada, o en libertad bajo palabra de honor por una felonía?

¿Está **usted** requerido/a a registrarse como delincuente sexual?

Segunda dirección (núm. apartamento o unidad)

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono de contacto

Extensión

Correo electrónico

Tipo de correo elec.

Continúe a la Sección 4.

Sección 4: Información acerca de sus gastos

Para la víctima de crimen, los beneficios siguientes pueden estar disponibles. Por favor marque los gastos relacionados con el crimen que usted está solicitando. Por favor mande copias, o una lista, de cualquier factura relacionada con el crimen.

Gastos médicos y/o dentales	Tratamiento para la salud mental	Pérdida de ingresos (si faltó al trabajo por causa del crimen)
Gastos de mudanza o traslado	Mejoras de la seguridad del hogar	Modificaciones de casa o vehículo (para una víctima incapacitada a causa del crimen)
Entrenamiento de trabajo (para una víctima incapacitada por causa del crimen)	Limpieza del lugar del crimen	Reembolso del millaje o costes de transporte
Otros gastos relacionados con el crimen		

Para alguien que no sea la víctima del crimen, los siguientes beneficios pueden estar disponibles. Por favor marque los gastos relacionados con el crimen que usted está solicitando. Por favor mande copias, o una lista, de cualquier factura relacionada con el crimen.

Para testigos menores de edad del delito violento, sólo está disponible el tratamiento de salud mental. Continúe a la Sección 5.

Tratamiento para la salud mental	Pérdida de ingresos (hasta 30 días si un menor falleció o es hospitalizado)	Ayuda de sostenimiento (para dependientes de una víctima fallecida o incapacitada)
Gastos de funeral y/o entierro	Limpieza del lugar del crimen	Mejoras de la seguridad del hogar
Gastos medicos de la víctima que falleció		

Solicitud para concesión de emergencia

Las concesiones de emergencia se solicitan en ciertas situaciones. Una concesión de emergencia tiene el propósito de pagar gastos relacionados con el crimen en casos donde usted sufriría dificultad financiera si los gastos relacionados con el crimen no se pagan. Dificultad financiera significa que no tendría dinero disponible para sus necesidades como comida o renta después de pagar las cuentas relacionadas con el crimen. Las concesiones de emergencia se pagan en general dentro de 30 días.

Estoy pidiendo una concesión de emergencia.

Sección 5: Información sobre el crimen

Nombre de la agencia policial

Nombre de la agencia policial a quién se le reportó el crimen

Fechas en que ocurrió el crimen

Desde A

Fecha en que se reportó Número de informe criminal Describa las lesiones

Lugar del crimen (si se conoce)

Dirección, intersección, área, etc.

Persona que cometió el crimen (sospechoso), si se conoce

Primer Nombre

Medio Nombre

Apellido

Sospechoso desconocido

2a. dirección (Apt./Un.) Ciudad

Estado

Código Postal

Condado

Tipo de crimen

Sección 6: Información del representante (un representante no es necesario para solicitar compensación).

Esta sección es solamente para representantes. Los representantes del Centro de Asistencia de Víctimas y Testigos solamente necesitan proporcionar su nombre, número de teléfono, no. de centro, firma y fecha. Otros representantes llenan toda la sección.

Por favor indique su relación con la persona de la Sección 1:

Si es otra, por favor indique:

Primer Nombre

Medio Nombre

Apellido

Teléfono

Extensión

Nombre de la organización

Dirección de correo

Nombre y número de calle o caja postal

2a. Dirección (Apt. o Un.)

Sólo para el personal del Centro de Asistencia de Víctimas

Número JP/VWC

Ciudad

Estado

Código Postal

Sólo para abogados

Estoy pidiendo el pago conforme a la sección 13957.7(g) del Código de Gobierno.

Número de identificación fiscal

Número de barra del estado (State Bar)

Teléfono

Correo electrónico

Fecha y firma necesarias para todos los representantes

Firma del representante

Fecha

Sección 7: ¿Cómo se enteró acerca de la Junta?

Agencia policial

Fiscal del distrito

Proveedor de servicios médicos

Servicios de protección a menores

Servicios de protección para adultos

Proveedor de salud mental

Centro de Asistencia de Víctimas y Testigos

Medio de prensa (TV, radio, periódico, etc.)

Cartelera o anuncio

Tarjeta o folleto

Otro

Sección 8: Información de reporte federal

La siguiente información **voluntaria** es para la persona recibiendo compensación y su uso sólo es para estadísticas y solamente para cumplir con las normas federales.

Etnicidad	Indio americano/ Nativo de Alaska	Asiático	Negro/Afro- americano	Hispano o Latino	Nativo Hawaiiano y otros isleños del Pacífico	Blanco No Latino/ Caucásico
			Otra Raza	Multiples Razas	Declina declarar	Otra

¿La víctima está
incapacitada?

¿La víctima estaba incapacitada antes de la
fecha del crimen?

Sección 9: Información de seguro

Por favor indique abajo la información del seguro. La Junta de Compensación para Víctimas de California (CaIVCB) es el último recurso de pago. Puede que nos comuniquemos con su compañía de seguros para un reembolso potencial.

No tengo seguro de ningún tipo.

Seguro de salud

Número de tarjeta de identificación de beneficios Medi-Cal

Issue Date

Nombre de la compañía del seguro de salud

Número de poliza

Número de grupo

Teléfono

Extensión

Dirección de correo

Nombre y número de calle o caja postal

2a. Dirección (Apt. o Un.)

Ciudad

Estado

Código Postal

Nombre del asegurado

Primer Nombre

Medio Nombre

Apellido

¿Usted ha presentado una demanda de
seguro relacionada con este crimen?

Seguro de auto/vehículo (Incluye automóviles, camiones, motocicletas, autocaravanas, embarcaciones, motos de agua, aviones, etc.)

Complete esta parte si un vehículo estuvo involucrado en el crimen, o si hubo peatones que fueron golpeados por un vehículo.

Nombre de la compañía del seguro de auto

Número de poliza

Teléfono

Extensión

Dirección de correo

Nombre y número de calle o caja postal

2a. Dirección (Apt. o Un.)

Ciudad

Estado

Código Postal

Nombre del asegurado

Primer Nombre

Medio Nombre

Apellido

¿Usted ha presentado una demanda de
seguro relacionada con este crimen?

Otros seguros

Por favor marque cualquier fuente de seguros adicional que pueda ser incluida en su solicitud.

Medi-Cal

Medicare

Workers' Comp

Otro

**Si tiene más de un proveedor de seguros,
por favor indique en otra hoja y envíela por correo con su solicitud.**

Sección 10: Información del empleador

Indique por favor el empleador de la víctima. Si usted es un padre/guardián que solicita los beneficios de pérdida de sueldo porque una víctima menor de edad fue hospitalizada o falleció, indique a su empleador.

Persona de contacto

Nombre de la empresa	Primer Nombre	Apellido	Teléfono	Extensión	¿Podemos contactar a su empleador?
----------------------	---------------	----------	----------	-----------	------------------------------------

Dirección de correo

Nombre y número de calle o caja postal	2a. Dirección (Apt. o Un.)	Ciudad	Estado	Código Postal
--	----------------------------	--------	--------	---------------

¿La víctima está/estaba autoempleada?

¿La víctima perdió tiempo de su trabajo debido a lesiones causadas por el crimen?

¿El crimen ocurrió durante el trabajo o en el lugar de empleo?

**Si tiene más de un empleador,
 por favor indique en otra hoja y envíela por correo con su solicitud.**

Sección 11: Información de demanda civil

Si usted decide entablar una demanda civil, por ley, usted está requerido a notificar al CaIVCB dentro de 30 días antes de presentar la demanda.

¿Usted ha presentado o piensa presentar una demanda civil relacionada con este crimen?

Nombre del abogado

Primer Nombre	Medio Nombre	Apellido	Teléfono	Extensión
---------------	--------------	----------	----------	-----------

Dirección de correo

Nombre y número de calle o caja postal	2a. Dirección (Apt. o Un.)	Ciudad	Estado	Código Postal
--	----------------------------	--------	--------	---------------

Su solicitud para compensación de víctimas de crímenes está casi completada.

- Después de llenar toda la información, imprima la solicitud.
- Proporcione copias de cualquier documentación que apoye su solicitud para compensación de víctima de crimen, incluyendo copias de facturas relacionadas con el crimen, seguros, u otros documentos que estén relacionados con el crimen. Guarde los documentos originales para sus archivos.
- Por favor lea la siguiente página detenidamente, firme y ponga la fecha, y envíe a la dirección indicada o entregue en su Centro de Asistencia de Víctimas y Testigos local.
- CaIVCB le enviará una carta para confirmar que su solicitud fue recibida. La carta incluirá información adicional acerca de los beneficios que se piden en su solicitud.
- Puede que un representante de CaIVCB se comunique con usted para obtener información adicional si esta información no se incluyó con su solicitud.
- Para cualquier pregunta acerca de la compensación para víctimas, comuníquese con su Centro de Asistencia de Víctimas y Testigos local o llame al CaIVCB al 1-800-777-9229.

Esta página debe estar firmada y fechada.

Sección 12: Divulgación de información

Le doy permiso a cualquier hospital, clínica, doctor, dentista, o proveedor de salud mental; a cualquier director de funeraria o persona similar; cualquier empleador; cualquier agencia de gobierno o policial, incluyendo el Departamento de Justicia, la Administración de Seguridad Social, la Junta Estatal de Impuestos, y el Servicio de Impuestos Internos (IRS); cualquier compañía de seguro; o cualquier otra persona o agencia para que divulgue información relacionada con esta solicitud, incluyendo cualquier registro médico (incluyendo, pero no limitado a los registros pasados, los informes de la consulta, los informes de la patología, los resúmenes del alta del hospital, los informes operativos, rayos X y otros informes de la radiología, informes del laboratorio, notas médicas, los informes narrativos, y los expedientes de facturación), registro de salud mental, y de condenas de felonías, a la Junta de Compensación para Víctimas de California (CalVCB) o sus representantes, para el propósito de elegibilidad determinante para beneficios de CalVCB. Este permiso también aplica a todas las fuentes de recuperación para los gastos reclamados, inclusive pero no limitado a, la salud o beneficios médicos, el desempleo o beneficios de incapacidad, beneficios de Seguridad Social (incapacidad de Seguridad Social, los ingresos Suplementarios de la Seguridad, y/o la jubilación, inclusive el apoyar registros médicos y/o mentales de salud), y beneficios de Veterano. Yo también doy permiso para divulgar los impuestos federales y estatales, incluyendo los servicios de impuestos, para el propósito de verificar los ingresos. Yo por la presente renuncio a todos los privilegios legales a cualquiera de esta información necesaria por el CalVCB con respecto a mi reclamo.

Entiendo que una fotocopia o el fax de este formulario firmado son tan válidos como el original, y mi firma da permiso para divulgar toda la información especificada.

Entiendo que el CalVCB o sus representantes pueden perseguir la restitución por parte del ofensor condenado en este asunto para recuperar el dinero pagado a mí por el CalVCB y por eso completando esta aplicación yo he autorizado el uso de información en esta aplicación y subsiguientes reclamos a perseguir restitución del ofensor condenado.

Para verificar o procesar esta aplicación, yo entiendo que el CalVCB o sus representantes pueden proporcionar información sobre esta aplicación, y la información contenida en esta solicitud, a cualquier representante nombrado en esta aplicación, agencia de gobierno, o proveedor de asistencia médica u otros servicios, y puede pagar al proveedor directamente si el pago de estos servicios es aprobado.

Estoy de acuerdo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe ser por escrito. La revocación tomará efecto cuando el CalVCB la reciba, pero puedo ser considerado inelegible para beneficios de CalVCB una vez que la revocación es recibida por el CalVCB. Sin embargo, ningún proveedor de asistencia medica puede condicionar el tratamiento, el pago, la matriculación ni la elegibilidad para beneficios si firmo esta autorización. Tengo derecho a una copia de esta autorización excepto en circunstancias limitadas.

Estoy de acuerdo que la información que se redivulgará bajo esta autorización puede ser divulgada por el recipiente según exige la ley y esta divulgación ya no puede ser protegida por leyes federales o la ley del estado.

Estoy de acuerdo que las autorizaciones y acuerdos expirarán en diez (10) años después de la fecha de mi firma en este formulario.

Firmado	Fecha
---------	-------

(El padre o guardián debe firmar si la víctima es menor de edad o está incapacitada).

Sección 13: Mi acuerdo con la Junta de Compensación para Víctimas de California

Como es requerido por la ley de California, me pondré en contacto y pagaré a la Junta de Compensación para Víctimas de California (CalVCB) si yo, o cualquier persona en mi nombre, recibe los pagos por parte del delincuente, una demanda civil, una póliza de seguro, o cualquier otro gobierno o entidad privada, por las pérdidas sufridas como resultado directo del crimen que fue la base para la recepción de los beneficios de CalVCB, en la cantidad de los beneficios totales otorgados por el Programa. Entiendo que puedo ser responsable de pagar cualquier cantidad al CalVCB por la que se determinó más tarde que yo no era elegible. Voy a notificar al CalVCB si contrato a un abogado que me represente en cualquier acción relacionada con este crimen, o si ejerzo cualquier acción por mi cuenta.

Cualquier dinero que reciba de CalVCB para mudanza o gastos de traslado, mejorar la seguridad en el hogar, o para la modificación de una casa o un vehículo para una víctima con discapacidad, sólo se utilizará para esos fines. Si soy víctima de violencia doméstica recibiendo dinero para mudarme / trasladarme, no se lo diré al delincuente ni le daré la dirección de mi casa ni permitiré que el delincuente esté en las instalaciones en cualquier momento, o buscaré una orden de restricción contra el ofensor.

En el caso de que sea compensada alguna pérdida pecuniaria por la Junta de Compensación para Víctimas de California y posteriormente el Estado de California recibe una compensación por la misma pérdida en mi beneficio de parte del perpetrador (inclusivo cualquier dinero recibido a través de una orden de restitución) o de cualquier otra fuente, por la presente cedo a la Compensación de Víctimas y Junta de Reclamaciones del Gobierno todos los derechos a la indemnización duplicada.

Declaro bajo pena de perjurio según las leyes del Estado de California, que toda la información que he proporcionado es verdadera, correcta y completa a mi mejor saber y entender.

Yo entiendo que se puede encontrar que no es elegible para los beneficios, y que se pueden tomar medidas para recuperar los beneficios que recibo si doy información falsa, incompleta intencionalmente, o engañosa.

Firmado	Fecha
---------	-------

(El padre o guardián debe firmar si la víctima es menor de edad o está incapacitada. Los trabajadores sociales del Condado deben revisar la Sección 13a).

Nombre en letras de imprenta

Sección 13a: Sólo para los trabajadores sociales del Condado

Como es requerido por la ley de California, me pondré en contacto e informaré a la Junta de Compensación de Víctimas de California (CalVCB) si me entero de que el demandante recibe pagos por parte del delincuente, de una demanda civil, de una póliza de seguro, o de cualquier otro gobierno o entidad privada, por las pérdidas sufridas como resultado directo del crimen que fue la base para la recepción de los beneficios de CalVCB.

Declaro bajo pena de perjurio según las leyes del Estado de California, que toda la información que he proporcionado es verdadera, correcta y completa a mi mejor saber y entender.

Yo entiendo que el solicitante puede no ser elegible para los beneficios, y que se pueden tomar medidas para recuperar los beneficios que el solicitante recibe si proporciona información que es falsa, incompleta intencionalmente, o engañosa.

Firmado	Fecha
---------	-------

Nombre en letras de imprenta

Envíe la solicitud completada por correo a:

California Victim Compensation Board
PO Box 3036, Sacramento, CA 95812-3036

o

entregue en su Centro de Asistencia para Víctimas local

Para más información llame al:

1-800-777-9229

Si tiene problemas para escuchar, por favor llame al Servicio de Retransmisión de California (California Relay System) al (711)

victims.ca.gov Ayudando a las víctimas del crimen en California desde 1965

Aviso de privacidad para la recopilación de información

1. CalVCB recopila esta información con base en los artículos 13952 et seq. y 13954 del Código del Gobierno de California (California Government Code).
2. Toda la información que se recopile de este sitio está sujeta, sin limitarse, a la Ley de Prácticas sobre la Información (Information Practices Act). Consulte <http://victims.ca.gov/media/pra.aspx>.
3. Esta información se recopila con el fin de determinar la elegibilidad para la compensación.
4. CalVCB puede divulgar su información personal a otra persona que la solicite solo si la ley lo exige o en buena fe si dicha medida es necesaria para:
 - a. cumplir con los edictos de la ley o con el proceso legal notificado a CalVCB o el sitio;
 - b. proteger y defender los derechos o la propiedad de CalVCB; y,
 - c. actuar bajo circunstancias exigentes para proteger la seguridad personal de los usuarios de CalVCB, o del público.
5. Las personas proporcionarán solo la información solicitada.
6. La información proporcionada es obligatoria.
7. Las consecuencias de no proporcionar la información solicitada podrían dar como resultado la denegación de su solicitud.
8. Usted tiene el derecho a acceder los expedientes que contienen la información personal que usted proporcionó.
9. La información recogida es usada por la Junta de Compensación para Víctimas de California.
10. Para cualquier pregunta acerca de la información recogida, escriba a la siguiente dirección: PO Box 48, Sacramento, CA 95812, o por correo electrónico a info@victims.ca.gov, llame al (800) 777-9229, o comuníquese con el Coordinador de Privacidad del CalVCB en InfoSecurityandPrivacy@victims.ca.gov.
11. Para información adicional acerca de la privacidad, vea el Aviso de Privacidad de CalVCB en <http://victims.ca.gov/privacy.aspx>.
12. Para información acerca de la seguridad de la información del consumidor, visite <https://oag.ca.gov/privacy/online-privacy>.