

APLICACIÓN PARA UNA VICTIMA DEL CRIMEN
(favor de escribir en letra de molde claramente y llenar ambos lados)

Nombre de la víctima: _____ Tipo de crimen: _____

Dirección _____

*Nota: El Programa de Comp. para Víctimas del Crimen le manda correo a esta dirección. Si no quiere recibir correo en su domicilio, dénos otra dirección segura.

Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: () _____
(para contacto seguro durante el día)

Nombre del Aplicante: _____ Su relación con la víctima: _____
(si la víctima es un menor, difunto, o adulto dependiente)

Fecha de nacimiento de la víctima: ____/____/____ No. de Seguro Social: ____/____/____ (del aplicante)
No. del padre/madre si la víctima es un menor

Fue el crimen reportado a las autoridades? Si No Si fue reportado, fecha de reporte: _____

Si no fue reportado, por favor explique brevemente por que: _____

Agencia policial a donde reportó el crimen: _____ No. Del Caso: _____

Ciudad/Lugar del crimen: _____ Oficial de Investigación: _____

Fecha del Crimen: _____ Fecha de Descubrirlo: _____

Nombre del sospechoso: _____

Describe las heridas: _____

¿Tiene la víctima niños y otros dependientes? Sí No

Si ha perdido sueldos a consecuencia del crimen, favor de llenar la información debajo.

Nombre del Empleador Persona de Contacto/No. de Teléfono

Dirección Ciudad/Estado/Código Postal

Marque los gastos por los cuales pide compensación:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de sueldos debido a
heridas relacionadas con el crimen | <input type="checkbox"/> Consejería para la víctima |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de sueldos para asistir a corte | <input type="checkbox"/> Consejería para esposo(a) , niños, padres,
hermanos o personas que viven en el hogar |
| <input type="checkbox"/> Gastos médicos | <input type="checkbox"/> Limpieza de la escena del si fue crimen en casa |
| <input type="checkbox"/> Gastos dentales | <input type="checkbox"/> Asistencia de vivienda |
| <input type="checkbox"/> Funeral y entierro | <input type="checkbox"/> Reubicacion de Emergencia |
| <input type="checkbox"/> Ropa retenida como evidencia | <input type="checkbox"/> Crimen si ocurrió en casa |

Información de Aseguranza: No Tiene Aseguranza Salud Medicaid/Medicare

(Marque lo(s) que tiene) Compensación de trabajador Auto

Nombre, Dirección y Número de Póliza: _____

Dirección _____ Ciudad/Estado/Código Postal _____

La información siguiente es utilizada para propósitos estadísticos. Es necesaria para cumplir regulaciones Federales.

Incapacidad: Sí No

Genero: Femenino Masculino Otro

Edad: 0 – 12 años 13-17 años 18-24 años 25-59 años 60 años o mayor

Raza: Anglo Americano Nativo Hispano Afro-Americano
 Hawaiano Nativo o Otras Islas del Pacifico Asiático o Isla del Pacifico
 Múltiples Razas Otro

¿Quién le refirió? Policía Fiscal del Condado Prensa Hospital Servicios de Víctimas Otro

Si otro, por favor escriba el nombre de la agencia: _____

Para aplicar por internet, visite nuestra pagina www.iowaattorneygeneral.gov y haga clic en "For Crime Victims"

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN
INFORMATION RELEASE

Sección I:

Debe llenar y firmar esta sección si está buscando compensación de gastos médicos.

You must complete and sign this section if you are seeking compensation for medical expenses.

Haga una lista de los nombres de los doctores, clínicas, hospitales, dentistas, ambulancia, etc. (envíe por correo copias de facturas si están disponibles, utilice más papel para la lista si es necesario).

List names of doctors, clinics, hospitals, dentists, ambulance, etc. (send bill copies if available, use more paper for list if needed).

Nombre	Calle, Ciudad, Estado, Código Postal	Teléfono
<i>Name</i>	<i>Address, City, State, Zip</i>	<i>Telephone</i>

Doy permiso a cualquier hospital, clínica, compañía de aseguranza, patrón, persona, o agencia que dé información necesaria, incluyendo documentos médicos y resultados de exámenes los cuales puedan incluir resultados de exámenes de drogas y alcohol, exámenes de VIH y información relacionada a SIDA al Programa de Compensación para Víctimas del Crimen del Departamento de Justicia de Iowa. Esta autorización para revelar información no autoriza documentos protegidos bajo 42 CFR, Código de Iowa Capítulo 228 o sección 141 A.9 del Código de Iowa. Entiendo que la información será utilizada para determinar beneficios de compensación, y que sólo la información necesaria para hacer una decisión acerca de beneficios de compensación será solicitada por el Programa de Compensación. Esta autorización es válida para información que ya existe y cualquier información que esté producida mientras que esta autorización está vigente..

I give permission to any hospital, clinic, doctor, insurance company, employer, person, or agency to give needed information, including medical records and test results which may include drug and alcohol screens, HIV screening a& AIDS related information to the Crime Victim Compensation Program of the Iowa Department of Justice. This release does not authorize records protected under 42 CER, Iowa Code Chapter 228 or Iowa Code section 141A.9. I understand the information will be used to determine compensation benefits, and that only information needed to make a decision about compensation benefits will be requested by the Compensation Program. This authorization is valid for information already in existence any information generated while authorization is in effect.

Entiendo que las leyes federales y del Estado de Iowa requieren que el Programa de Compensación mantenga confidencialidad en la información confidencial que reciba. Entiendo que esta autorización para revelar información está valida por un año a partir de la fecha de mi firma y que puedo cancelar esta autorización por escrito al Programa de Compensación en cualquier momento, excepto que información que haya sido recibida y utilizada no es sujeta a cancelación. Entiendo que una fotocopia de este formulario firmado es válida como el original, y que mi firma da el permiso para que se revele toda información detallada en este formulario.

I understand that Iowa and Federal laws require the Compensation Program to keep any confidential information it receives confidential. I understand this information release is valid for one year from the date of my signature and that I can cancel this release by writing to the Compensation Program at any time, except if any information has already been received and used it is not subject to cancellation. I understand a photocopy of this signed form is as valid as the original, and that my signature gives permission for the release of all information specified in this permission form.

X _____ Fecha _____

Firma del Apicante (padres o tutor(a) debe firmar si la víctima es menor de edad)

ACUERDO DE SUBROGACIÓN Y PAGO
REPAYMENT AND SUBROGATION AGREEMENT

Sección II:

El formulario tiene que estar firmado para recibir compensación

Form must be signed to receive compensation

Entiendo que las leyes de Iowa requieren que yo contacte y pague al Programa de Compensación si recibo pagos de parte del ofensor, una demanda civil, un programa de aseguranza, u otra agencia del gobierno o privada después de que recibo pago del Programa de Compensación. Consiento en que notificaré al Programa de Compensación si contrato a un abogado que me represente en cualquier acción relacionada con este crimen. Certifico que la información en esta aplicación es verdadera y correcta de acuerdo a mi conocimiento. Entiendo que mi firma significa que estoy de acuerdo con todas las declaraciones especificadas en este acuerdo.

I understand that Iowa law requires me to repay the Compensation Program if I receive any payment from the offender, a civil lawsuit, an insurance program, or any other government or private agency after I receive payment from the Compensation Program if I receive any payment from the offender, a civil lawsuit, an insurance program, or any other government or private agency after I receive payment from the compensation Program. I also agree to notify the compensation Program if I hire an attorney to represent me in any action related to this crime, I certify the information in this application is true and correct to the best of my knowledge. I understand my signature says I agree to all statements specified in this agreement.

X _____ Fecha _____

Firma del Apicante (padres o tutor(a) debe firmar si la víctima es menor de edad)

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA ESPECIAL
SPECIAL MEDICAL INFORMATION RELEASE

Sección III:

Debe llenar y firmar esta sección si está buscando compensación de gastos de consejería.

You must complete and sign this section if you are seeking compensation for counseling expenses.

Para algunas aplicaciones, el Programa de Compensación para Víctimas del Crimen necesita información de consejería para salud mental, tratamiento del abuso de drogas/alcohol y exámenes de VIH e información relacionada a SIDA, incluyendo notas de consejería. El Programa de Compensación mantendrá confidencial esta información.

For some application the Crime Victim compensation Program will need mental health counseling, drug/alcohol treatment and HIV screening & AIDS related information, including counseling notes. The Compensation Program will keep this information confidential.

Haga una lista de nombre de sus proveedores, agencias, o consejeros de salud mental:

List names of counselors, agencies, hospitals, clinics or mental health providers this release applies to:

Nombre <i>Name</i>	Calle, Ciudad, Estado, Código Postal <i>Address, City, State, Zip</i>	Teléfono <i>Telephone</i>
------------------------------	---	-------------------------------------

Yo autorizo específicamente cualquier hospital, clínica, doctor, compañía de aseguranza, agencia o proveedor de salud mental a revelar esta información al Programa de Compensación del Departamento de Justicia de Iowa. Entiendo que la información será utilizada para determinar beneficios de compensación, y que sólo la información necesaria para hacer una decisión será solicitada por el Programa de Compensación. Autorizo específicamente la revelación y re-revelación de esta información confidencial como estipulado en sección IV. Entiendo que esta autorización para revelar información es válida por un año a partir de la fecha de mi firma y que puedo cancelar esta autorización por escrito al Programa de Compensación en cualquier momento, excepto información que haya sido recibida y utilizada no es sujeta a cancelación. Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar la información de salud mental revelada en cualquier momento por contactar el proveedor de salud mental que tiene los documentos. Entiendo que una fotocopia de este formulario es válida como el original, y que mi firma da el permiso para que se revele toda la información detallada en este formulario.

I specifically authorize any hospital, clinic, doctor, insurance company, agency or mental health provider to release this information, to the Crime Victim Compensation Program of the Iowa Department of Justice. I understand the information will be used to determine compensation benefits, and that only information needed to make a decision about compensation benefits will be requested by the Compensation Program. I specifically authorize disclosure & redisclosure of this confidential information as provided in section IV. I understand this information release is valid for one year from the date of my signature and that I can cancel this release by writing to the Compensation Program at any time, except if any information has already been received and used it is not subject to cancellation. I understand I have a right to inspect the disclosed mental health information at any time by contacting the mental health provider who has the records. I understand a photocopy of this signed form is as valid as the original, and that my signature gives permission for the release of all information specified in this permission form. This authorization is valid for information already in existence and any information generated while authorization is in effect.

X _____ **Fecha** _____
Firma del Aplicante (padres o tutor(a) debe firmar si la víctima es menor de edad)

REVELACION DE INFORMACIÓN
REDISCLOSURE

Sección IV:

Leyes federales y estatales requieren específicamente que revelación de información relacionada a salud mental, drogas/alcohol, exámenes de VIH y información relacionada a SIDA sea acompañada por la siguiente declaración escrita: Esta información le ha sido revelada a usted de documentos protegidos por las Reglas Federales de Confidencialidad (42 CFR Parte2). Las reglas federales le prohíben a usted que revele esta información en el futuro salvo que tal revelación este permitida expresamente. Por consentimiento escrito de la persona de quien se trata o tal sea permitida por 42 CFR, Parte 2. Una autorización general para revelar información médica u otra NO ES suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de esta información para investigar o proseguir criminalmente a cualquier paciente de abuso de drogas/alcohol (véase el Código de Iowa Capítulo 228 y sección 141 A.9 del Código de Iowa y otras leyes que apliquen).

Federal and State laws specifically require that any disclosure or redisclosure of mental health, drug/alcohol, HIV screening & AIDS related information must be accompanied by the following written statement: This information has been disclosed to you from records protected by Federal Confidentiality Rules (42 CFR Part 2). The federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. The federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any drug/alcohol abuse patient. (See also Iowa Code Chapter 228 and Iowa code section 141A.9 and other applicable laws).