

**NEW HAMPSHIRE VICTIM'S COMPENSATION PROGRAM
APPLICATION FORM**

SECCIÓN 1. - INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA

Nombre de la Víctima Dirección

Ciudad Estado Codigó Postal Fecha de nacimiento Masculino Femenino

Idioma primario de víctima Número de contacto preferido

Estado Civil: Soltero/a Casada/o (nombre de esposo/a): _____ Viudo Separado Divorciado

Nombre de dependiente, relación y edad: _____

¿Le gustaría ser contactado via correo electrónico? Sí No Correo Electronico: _____

SECCIÓN 2. – INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE (Completar si es diferente a la victima)

Nombre Dirección

Ciudad Estado Codigó Postal Fecha de naciemto Masculino Femenino

Idioma primario de la Víctima Número de contacto preferido

¿Le gustaría ser contactado via correo electrónico? Sí No Correo Electronico: _____

Relación del demandante con la Víctima: _____

SECCIÓN 3. – COMPENSACIÓN (Cuentas que usted debe o cuentas que usted ha pagado)

Tipo de asistencia que está solicitando: Médico Dental Pérdida de ingresos

Gastos de funeral Consejeria Sistema de seguridad Reubicación

Otro (describe) _____

SECCIÓN 4. – INFORMACIÓN DEL CRIMEN (Por favor complete esta sección como sea posible)

Tipo de crimen: asalto asalto sexual robo con herida violencia doméstica acecho
 DUI homicidio abuso infantil/negligencia infantil pornografía infantil tráfico humano
 secuestro otros crímenes vehiculares terrorismo otro (describe)_____

Fecha del crimen | Pueblo/Ciudad/País donde ocurrió el crimen

Fecha cuando el crimen fue reportado a la policía | Departamento de policía en donde se informó del delito

Nombre de los oficiales auxiliares | Numero de teléfono

¿Ha sido arrestado? Sí No desconocido | _____
Nombre del/los arrestado si conoce

¿El delincuente ha sido acusado en la corte? Sí No desconocido | _____
Si la respuesta es sí, ¿ubicación de la corte?

¿La víctima conoció al infractor? Sí No Si la respuesta es sí, ¿de qué manera?

Si la respuesta es sí, de qué manera: _____

¿Dónde está el delincuente ahora? _____

Nombre del fiscal _____ Abogado de Víctima/Testigo _____

SECCIÓN 5. – INFORMACIÓN DEL MÉDICO/CONSEJERÍA

¿Está solicitando una compensación de servicios médicos, dentales o mentales no reembolsados?

Sí No (Si la respuesta es sí, por favor complete abajo.)

Lista de todos los proveedores que dieron tratamiento, incluyendo hospitales, médicos, dentistas, consejeros de salud mental, ambulancia, radiología y recetas (medicamentos y anteojos). Adjunte hojas adicionales si es necesario. Si están disponible, incluya copias de las facturas.

Nombre del proveedor	Dirección	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

SECCIÓN 8. - SEGUROS Y OTRAS FUENTES COLATERALES DE INFORMACIÓN

¿Las facturas han sido pagadas o serán pagadas por cualquiera de las siguientes fuentes?

Tu mismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Administración de Veteranos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Seguro de Salud Privado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Seguro de Vida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Medicare/Medicad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Compensación de trabajadores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Programa de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Compensación de desempleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Beneficios por Enfermedad, Vacaciones o Otros Beneficios del Empleador	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asistencia Publica o General (Incluyendo Asistencia de Bien Estar) (Welfare)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SECCIÓN 9. - RESTITUCIÓN Y ACCIÓN CIVIL

¿El delito involucró vehículos de motor? Sí No (Si la respuesta es sí, proporcione su página de declaraciones de póliza de seguro de automóvil.)

¿El tribunal ordenó al demandado que hiciera la restitución? Sí No

¿Ha presentado o tiene intención de presentar una acción civil? Sí No (Si la respuesta es sí, por favor complete abajo.)

| _____ | _____
Nombre del Abogado Nombre de la firma/ Numero de teléfono

SECCION 10. - INFORMACIÓN ESTADÍSTICA

¿Cómo se enteró del programa de compensación de la víctima?

Portavoz de la comunidad Línea de información/211 Oficina del Abogado del condado/Abogados
 Proveedor de servicios medicos Policia Hospital Miembro de la familia / amigo
 Proveedor de salud mental pagina web folleto

La presentación de información sobre raza / origen étnico o discapacidad es voluntaria.

Negro / Afroamericano Indio Americano / Nativo de Alaska Isleño del pacífico
 Blanco No Latino / Caucásico Hispano o Latino Otro _____

¿Fue usted discapacitado antes del crimen? Sí No

SECCIÓN 11. - DECLARACIÓN DE HECHOS Y AUTORIZACIÓN

El abajo firmante certifica que la información aquí contenida es fiel a su mejor conocimiento, información y creencia y presentemente autoriza a cualquier hospital, médico(s) o otra persona(s) que asistió o examinó (nombre de la víctima o del familiar), _____; cualquier director de funeraria u otra persona que prestó servicios, cualquier empleador de la víctima; cualquier policía u otra agencia gubernamental local, incluyendo servicios de ingresos estatales y federales; cualquier compañía de seguros u organización que tenga conocimiento de ello, para informar al Programa de Compensación de Víctimas de NH, a su representante, toda y cualquier información con respecto al incidente que conduce a las lesiones personales de la víctima y la solicitud de indemnización de la víctima o miembro de la familia. Una copia fotográfica de esta autorización será considerada como efectiva y válida como el original.

Si alguno de los gastos relacionados con el crimen de la Víctima / Reclamante que se reclama en esta solicitud puede ser cubierto total o parcialmente por cualquier seguro público o comercial de salud, discapacidad, vida, automóvil, propietario u otro seguro; el programa de cuidados gratuitos del hospital; compensación de trabajadores o de desempleo; enfermedad, vacaciones o permiso personal; beneficios sindicales o fraternos; pensiones o fondos de jubilación, restitución, juicios civiles o cualquier otro recurso; por favor explique en su totalidad en una hoja de papel separada y adjúntela a esta solicitud. Incluya los nombres completos, las direcciones y los números de teléfono de sus recursos y de su abogado privado, en su caso, si no tiene recursos para ayudarlo y ha solicitado asistencia de Medicaid, Medicare, el programa de cuidado gratuito en el hospital y cualquiera de los programas de asistencia pública, pero se determinó que no son elegibles, adjunte copias de los documentos que demuestren su inelegibilidad para la asistencia pública.

Entiendo que cualquier recuperación de mis pérdidas mediante una acción legal dará derecho al estado de New Hampshire a un reembolso en la medida de cualquier compensación que se me otorgue. También entiendo que mis proveedores pueden ser reembolsados directamente por deudas que debo. Declaro, bajo pena de perjurio, que he leído todas las preguntas en el formulario de reclamo y que, a mi mejor conocimiento y creencia, todas mis respuestas son verdaderas, correctas y completas. También declaro, bajo pena de perjurio, que los gastos y las pérdidas reclamados en esta solicitud no han sido cubiertos por ningún otro recurso del programa de asistencia pública.

_____|_____
Firma del solicitante (*El padre o tutor debe firmar si la víctima es un menor o un adulto incompetente*) **Fecha**

_____|_____|_____
SÓLO PARA USO DE OFICINA **NUMERO DE RECLAMO** **FECHA RECIBIDA**

Por favor devuelva completado a:

**New Hampshire Victim's Compensation Program
Department of Justice
33 Capitol Street
Concord, NH 03301-6397**

¿Preguntas?

**Llama al 1-800-300-4500 (llamadas gratuitas para la línea de compensación – solo NH)
o 603-271-1284**

Correo Electrónico: victimcomp@doj.nh.gov

Las víctimas de delitos pueden recibir ayuda de otros programas, tales como:

- **Violencia Doméstica – NH en todo el Estado línea directa para Violencia Domestica – 1-866-644-3474; www.nhcadv.org**
- **Agresión Sexual – NH en todo el estado línea directa para Agresion Sexual – 1-800-277-5570; www.nhcadv.org**
- **New Hampshire 211; www.211.nh - Para las necesidades del día a día y los tiempos difíciles. Una conexión a miles de recursos disponibles en New Hampshire.**