

SOLICITUD DE COMPENSACION PARA VICTIMAS DEL DELITO CRIME VICTIM COMPENSATION APPLICATION

Michigan Department of Health and Human Services

Número de reclamo
Número de referencia cruzada
Para uso administrativo únicamente

AUTHORITY: PA 223 of 1976
COMPLETION: Is Voluntary, but is required if Crime Victim Compensation is desired. Information on this form is exempt from disclosure under the Freedom of Information Act.

El Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, información genética, sexo, orientación sexual, identidad de sexo o expresión, creencias políticas o incapacidad.

INSTRUCCIONES

Favor de escribir CLARAMENTE EN IMPRENTA o ESCRIBA A MÁQUINA toda la información en esta solicitud. Se debe completar una solicitud por separado para cada víctima.

- Adjunte copias de facturas médicas detalladas, odontológicas, de entierro o de terapia detalladas, relacionadas al delito hasta la fecha si el seguro no las ha pagado en su totalidad
- Presente una Explicación de Beneficios por cada fecha de servicio que el seguro no haya pagado en su totalidad
- Si está solicitando pérdida de ingresos, presente 2 o 3 talones de cheques inmediatamente anterior la lesión, que muestren la ganancia bruta, neta y las deducciones de impuestos
- Presente una declaración escrita de incapacidad de parte de su médico que verifique las fechas en las que no podía trabajar
- Para recibir asistencia para completar esta solicitud, llame al número gratuito **solo para víctimas** al 877-251-7373 o al 517-373-7373
- Envíe la solicitud completa a la siguiente dirección:

Crime Victim Services Commission
 Grand Tower, Suite 1113
 235 S. Grand Avenue
 PO Box 30037
 Lansing, MI 48909
 Fax: 517-373-2439

SECCION 1 - Información sobre la víctima:
 Complete esta sección para la persona que fue lesionada.

1. Nombre de la VICTIMA (apellido, nombre, segundo nombre)			3. Fecha de nacimiento		4. Número de seguro social	
2. Dirección (número, calle, número del apartamento, etc.)			5. Número de teléfono de casa		6. Número celular	
Ciudad	Estado	Código postal	7. Número de teléfono de trabajo			
8. Estado civil					9. Género	
<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a					<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

SECCION 2 - Información del solicitante:
 Por favor, complete esta sección si la víctima Es menor Fallecido Está incapacitada

1. Nombre del SOLICITANTE (apellido, nombre y segundo nombre)			3. Fecha de nacimiento		4. Número de seguro social	
2. Dirección (número, calle, número del apartamento, etc.)			5. Número de teléfono de casa		6. Número celular	
Ciudad	Estado	Código postal	7. Número de teléfono de trabajo			
8. Estado civil					9. Género	
<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a					<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
10. Su relación con la víctima						
<input type="checkbox"/> Cónyuge		<input type="checkbox"/> Padre o madre		<input type="checkbox"/> Niño/a		<input type="checkbox"/> Hermano/a
<input type="checkbox"/> Abuelo/a		<input type="checkbox"/> Nieto/a		<input type="checkbox"/> Tutor		<input type="checkbox"/> Otro
11. ¿Depende o dependía usted en de la víctima fallecida en lo que respecta a						
Manutención financiera principal?			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		Si la respuesta es "sí", indique el importe mensual _____	
Manutención infantil o pensión del conyugal?			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		Si la respuesta es "sí", indique el importe mensual _____	
12. Dependientes: Por favor indiquen los nombres y las fechas de nacimiento de TODOS los dependientes legales de la víctima						
Nombres		Fechas de nacimiento		Nombres		Fechas de nacimiento

SECCION 3 – Información del delito: Complete ésta sección, proporcionando toda la información que tiene actualmente disponibles.			
1. Tipo de delito (marque UNO SOLO)			
<input type="checkbox"/> Homicidio	<input type="checkbox"/> Ataque	<input type="checkbox"/> Conducir bajo la influencia de drogas o alcohol	<input type="checkbox"/> Delito vehicular (otro)
<input type="checkbox"/> Hurto	<input type="checkbox"/> Incendio premeditado	<input type="checkbox"/> Allanamiento de morada	<input type="checkbox"/> Ataque sexual
<input type="checkbox"/> Abuso/negligencia infantil	<input type="checkbox"/> Ataque sexual infantil	<input type="checkbox"/> Pornografía infantil	<input type="checkbox"/> Acoso
<input type="checkbox"/> Trata de personas	<input type="checkbox"/> Terrorismo	<input type="checkbox"/> Fraude/delitos financieros	<input type="checkbox"/> Secuestro
<input type="checkbox"/> Otro (explicar)			
2. ¿La persona que causó la lesión a la víctima era el cónyuge, ex cónyuge, una persona con un hijo en común con la víctima o un residente o ex residente del hogar de la víctima?			
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
3. Fecha del delito		4. Fecha en que se denunció el delito	5. País en donde ocurrió el delito
6. Agencia policial o del alguacil que se reportó el delito			7. Número de incidente
8. Locación del delito (número y calle)		Ciudad	Estado
Código postal			
9. Describa las lesiones físicas causadas por el delito			
10. Breve descripción del delito			
11. Si NO se denunció el delito a la policía/alguacil dentro de las 48 horas , sírvase explicar la razón de la demora			
12. Si NO está completando ésta denuncia dentro de 1 año del delito , sírvase explicar la razón de la demora			

SECCION 4 – Información de la restitución y recuperación: Complete esta sección, brindando toda la información que tenga disponible actualmente.			
1. Nombre del/de los delincuente(s) lo sabe			
2. ¿El delincuente fue acusado en el juzgado?			
<input type="checkbox"/> SÍ (Si la respuesta es "sí", complete las preguntas 3 y 4) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO			
3. Nombre del juzgado		4. Número del caso judicial	
5. ¿El juzgado le ordenó al delincuente que le pague restitución?			
<input type="checkbox"/> SÍ (Si la respuesta es "sí", complete las preguntas 6, 7 y 8) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO			
6. Fecha de la orden de restitución	7. Número del caso judicial		8. Cantidad indicada \$
9. ¿Ha presentado, o tiene la intención de presentar una acción civil?			
<input type="checkbox"/> SÍ (Si la respuesta es "sí", complete las preguntas 10, 11, 12 y 13) <input type="checkbox"/> NO			
10. ¿Ha llegado a un arreglo con un tercero en lo que respecta a este caso?			
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO			
11. Nombre del abogado		12. Número de teléfono del abogado	
13. Dirección del abogado (número, calle, suite, etc.)		Ciudad	Estado
Código postal			

SECCION 5 – Información estadística para el Programa de Víctimas del Delito: Sólo para propósitos estadísticos. Completar este formulario es estrictamente voluntario.			
1. Díganos cómo se enteró del Programa de Compensación de Víctimas del Delito:			
<input type="checkbox"/> Fiscal	<input type="checkbox"/> Proveedor médico	<input type="checkbox"/> Abogado	<input type="checkbox"/> Los medios, panfleto o cartel
<input type="checkbox"/> Policía/Alguacil	<input type="checkbox"/> Agencias de servicios para las víctimas	<input type="checkbox"/> Amigo/conocido	<input type="checkbox"/> Otro
2. Raza/Origen étnico:		3. Si es una persona discapacitada, marque uno	
<input type="checkbox"/> Blanco no latino/caucásico	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> ANTES del delito
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Indígena americana	<input type="checkbox"/> Como RESULTADO de está delito
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Otro	

SECCION 6 – Información de la determinación de la denuncia:	
1. Marque el tipo de beneficios compensación que solicita.	
<input type="checkbox"/> Beneficios de gastos médicos para la víctima	<input type="checkbox"/> Beneficios funerarios para los sobrevivientes
<input type="checkbox"/> Beneficios de pérdida de ingresos para la víctima	<input type="checkbox"/> Beneficios de pérdida de ingresos para los sobrevivientes
<input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Servicios de apoyo emocional solamente por homicidio	<input type="checkbox"/> Limpieza de la escena del delito solamente por homicidio
2. ¿Ha sufrido o sufrirá una pérdida de bolsillo de \$200 como mínimo?	3. ¿Ha perdido al menos 2 semanas continuas de ganancias?
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
4. ¿Su lesión es el resultado de delito de asalto sexual?	5. ¿Está jubilado a causa de su edad o por discapacidad?
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

SECCION 7 – Si solicita beneficios MÉDICOS, ODONTOLÓGICOS, DE TERAPIA:	
Complete esta sección, de lo contrario, pase a la sección 8. Sírvase incluir todas las facturas médicas detalladas, la explicación de los beneficios y los recibos.	
1. Indique cuál de las siguientes fuentes (si es que hay alguna) están disponibles para pagar cualquier factura médica o gastos de bolsillo: (Seleccione TODAS las opciones que correspondan). Adjunte cualquier declaración de "Explicación de beneficios" que haya recibido hasta la fecha.	
<input type="checkbox"/> Seguro médico	<input type="checkbox"/> Seguro odontológico/oftalmológico
<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores
<input type="checkbox"/> Seguro automotriz	<input type="checkbox"/> Seguro para propietarios
<input type="checkbox"/> Administración de Veteranos	<input type="checkbox"/> Medicaid
<input type="checkbox"/> Plan médico estatal	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Otra asistencia pública	<input type="checkbox"/> Otro (explicar en N.º 2)
2. ¿La víctima recibió cuidado de caridad, pagos, donaciones u otro acuerdo de seguro por parte de alguna otra fuente debido a este incidente?	
<input type="checkbox"/> SÍ Si la respuesta es "sí" explique a continuación: <input type="checkbox"/> NO	
3. ¿Será necesario tratamiento médico adicional? (Explique):	
4. Nombre de la aseguradora médica primaria:	

SECCION 8 – Si solicita GASTOS FUNERARIOS, SERVICIOS DE APOYO EMOCIONAL, LIMPIEZA DE ESCENA DEL DELITO O PÉRDIDA DE MANUTENCIÓN:	
Complete esta sección, de lo contrario, pase a la sección 9. Sírvase incluir facturas detalladas.	
1. Indique cuál de las siguientes fuentes (si es que hay alguna) están disponibles para pagar cualquier factura o gastos de bolsillo: (Seleccione TODAS las opciones que correspondan). Adjunte cualquier declaración de "Explicación de Beneficios" que haya recibido hasta la fecha.	
<input type="checkbox"/> Seguro de vida	<input type="checkbox"/> Seguro médico
<input type="checkbox"/> Ayuda estatal de emergencia	<input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores
<input type="checkbox"/> Seguro social por defunción	<input type="checkbox"/> Seguro para propietarios
<input type="checkbox"/> Seguro automotriz	<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno
2. ¿Recibió donaciones o dinero de alguna fuente a causa de este incidente?	
<input type="checkbox"/> SÍ Si la respuesta es "sí" explique a continuación: <input type="checkbox"/> NO	

SECCION 9 – Si solicita beneficios de PERDIDA DE INGRESOS:	
Si la víctima estaba trabajando, estaba discapacitada por 2 semanas consecutivas y tenía ingresos gravables, complete esta sección, en caso de lo contrario, pase a la sección 10.	
<ul style="list-style-type: none"> • Adjunte cualquier talón de cheque que demuestre el ingreso bruto, neto y las deducciones impositivas de la víctima al momento de delito. • Si se perdieron al menos 2 semanas consecutivas, adjunte un certificado médico que verifique esta ausencia y el motivo de la misma. • Si la víctima es o era autónoma, adjunte copias de la declaración de impuestos del año anterior al delito, y del mismo año del delito, si está disponible. 	
1. Nombre del empleador de la víctima	3. Nombre del supervisor
2. Dirección del empleador	4. Número de teléfono del supervisor
Ciudad	5. Fechas de ausencia laboral debido a las lesiones del delito:
Estado	Desde:
Código	Hasta:
6. Nombre del médico que verificará la discapacidad médica	7. Número de teléfono del médico
8. Indique cuál de las siguientes fuentes están disponibles para pagar por la pérdida de ingresos:	
<input type="checkbox"/> Discapacidad a corto o largo plazo	<input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores
<input type="checkbox"/> Seguro Social	<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno

SECCION 10 – Información de ingresos:	
Indique el INGRESO DE SU HOGAR. Si es el padre, madre o tutor de una víctima fallecida, discapacitada o menor, complete esta sección demostrando el ingreso del SOLICITANTE.	
1. Ingreso anual del hogar – No podemos aceptar que sea cero	IMPORTANTE: TODOS los solicitantes deben completar esta sección. No podemos aceptar que sea cero
\$	

AUTORIZACION Y ACUERDOS

Nombre de la víctima: _____

Complete con letra de imprenta

Nombre del solicitante: _____

Complete con letra de imprenta

ADVERTENCIA:

Presentar hechos y circunstancias falsas ante esta comisión, con la intención de defraudar o engañar, puede resultar en delito si se otorga una compensación.

NO es necesario tener un abogado para completar una denuncia. Si un abogado le representa en este reclamo, el abogado DEBE presentar una carta de comparecencia junta con esta solicitud.

SU FIRMA A CONTINUACION INDICA SU COMPRENSION Y QUE ESTA DE ACUERDO CON LO SIGUIENTE:

Autorización para divulgación de información:

Yo autorizo a cualquier hospital, médico, terapeuta u otro prestador de tratamiento _____

(nombre de la víctima); director de la funeraria u otra persona que haya prestado servicios; empleador; agencia policial o gubernamental, incluyendo los servicios de agencias impositivas estatales y federales; compañías de seguros; u otra organización con conocimiento de causa; a que suministre a la Comisión de Servicios para Víctimas del Delito de Michigan, o su representante, toda información sobre el incidente que dio lugar a la lesión personal o muerte de la víctima, y sobre el proceso para la compensación, incluyendo información sobre el tratamiento, empleo, seguro y terceros pagaderos.

Requisito de pago:

Entiendo que el pago por el programa de compensación a víctimas es un pago de último recurso. Si recibo un pago de parte de otra fuente para cubrir los mismos gastos, el estado de Michigan tiene derecho a un reembolso por el total de la compensación otorgada a mi persona mediante la Comisión de Servicios para Víctimas del Delito. También entiendo que mis prestadores pueden recibir el pago directamente por deudas a mi nombre.

Dificultad financiera:

Entiendo que mi elegibilidad para compensación para víctimas requiere que de pérdida que represente una dificultad financiera grave para mí. Doy fe que no tengo disponible ningún otro recurso financiero o ingresos. Doy fe que las pérdidas que no se reembolsen que se reclaman en esta solicitud me causarán graves dificultades financieras.

Declaración:

Declaro, bajo de pena de perjurio, que la información suministrada en este formulario es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante

Fecha de Firma

Tenga en cuenta: Una fotocopia de esta autorización es tan efectiva y válida como la original.

Guarde una copia de toda la documentación para sus registros.

DEVOLVER LA SOLICITUD COMPLETADA Y FIRMADA CON LA DOCUMENTACION QUE LA AVALE A:

**Crime Victim Services Commission
Grand Tower, Suite 1113
235 S. Grand Avenue, PO Box 30037
Lansing, MI 48909
Fax: 517-373-2439**

**Para obtener asistencia llame a: Línea gratuita solo para víctimas: 877-251-7373
Los demás: 517-373-7373**