

**WYOMING OFICINA DE MINISTRO DE JUSTICIA  
DIVISIÓN DE SERVICIOS DE LA VÍCTIMA  
EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN  
DE LA VÍCTIMA DEL CRIMEN**



**Capitol Hill Building  
320 West 25<sup>th</sup> Street 2<sup>nd</sup> Floor Cheyenne, WY 82001  
(307) 777-7200**

**1-888-996-8816 (Gratis por la Víctimas)**

**E-mail: [ag-victimservices@wyo.gov](mailto:ag-victimservices@wyo.gov)**

**Website: <http://ag.wyo.gov/victim-services-home-page>**

**UNA PETICIÓN INCOMPLETA SERÁ RETORNADA**

<b>INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA</b>		Nombre de la Víctima			
Dirección			Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de Casa (      )		Teléfono de Trabajo (      )		E-mail	
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Edad	Fecha de Nacimiento / /	Número de Seguro Social		
<b>Solo Para Estadísticas Federales</b>					
Raza <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático o Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Multiraza					
Incapacitado (antes del crimen) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Incapacitado (Debido al Crimen) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Residente de Wyoming <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Crimen Federal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Vea las instrucciones para explicacion)		
<b>INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE</b>		Esta sección tiene que ser completada si la víctima está/es:  <input type="checkbox"/> muerto <input type="checkbox"/> incompetente <input type="checkbox"/> menor		Relación a la Víctima	

Nombre del Reclamante		Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento / /
Dirección		Ciudad	Estado Código Postal
Teléfono de Casa ( )		Teléfono de Trabajo ( )	E-mail
<b>INFORMACIÓN DEL CRIMEN</b>		<b>*FIJE REPORTAJE DE LA POLÍCIA Y CERTIFICACIÓN *TIENE QUE COMPLETAR ESTA SECCIÓN O LA PETICIÓN SERÁ RETORNADA</b>	
Fecha del Crimen / /		Crimen Informado / /	Número del Caso
Tipo de Crimen: <input type="checkbox"/> Asalto <input type="checkbox"/> Abuso Físico del Niño <input type="checkbox"/> Abuso Sexual del Niño <input type="checkbox"/> Violencia Doméstica <input type="checkbox"/> DWI <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Asalto Sexual <input type="checkbox"/> Acechando <input type="checkbox"/> Otra Explicación _____			
Crimen Informado al/a la: <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Agualcil Mayor <input type="checkbox"/> Patrullero de la Carretera <input type="checkbox"/> FBI <input type="checkbox"/> BIA <input type="checkbox"/> Parque Nacional <input type="checkbox"/> Otro _____			Agente o detective que respondió:
Lugar del Crimen	Ciudad	Condado	Estado
¿Ha sido un arresto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido		Acusado en el Tribunal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	
¿Cuál tribunal? <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Circuito <input type="checkbox"/> Distrito <input type="checkbox"/> Tribal <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Desconocido			
¿Resultado del caso? <input type="checkbox"/> Sujeto a investigación <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prosecución rehusó la condenada <input type="checkbox"/> Desconocido		¿Ha sido ordenado restitución? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	Suma de Restitución: \$ ¿Cuál tribunal?
<b>INFORMACIÓN DEL OFENSOR</b>		Nombre del Ofensor (es)	
Fecha del Nacimiento del Ofensor (es)	Número de Seguro Social	Dirección del Ofensor (es)	
Empresario del Ofensor (es)	Dirección del Empresario del Ofensor (es)	Número de Teléfono del Empresario del Ofensor (es)	
¿Tiene el ofensor una cuenta corriente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido			
Nombre de Institución _____ Cuenta #: _____			
¿Tiene el ofensor una cuenta de ahorros? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido			
Nombre de Institución _____ Cuenta #: _____			

<b>PETICIÓN CIVIL</b>	<b>Tenga que notificar la División de Servicios de la Víctima si una petición civil es presentada.</b>
-----------------------	--

¿Planea usted presenta una petición civil?  Sí  No  Desconocido en este momento

Si es así, ¿quién es su abogado?

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Resultado de la petición civil \_\_\_\_\_

<b>BENEFICIOS SOLICITADOS</b>	<b>Marque los beneficios solicitados:</b> <input type="checkbox"/>
-------------------------------	--

- Médica/Dental/Orientación Psicológica     
 Expensas de Funeral/Entierro     
 Otras Expensas Económicas  
 Daño Catastrófico     
 Pérdido del Sueldo     
 Pérdido del Sostén Económico

<b>MÉDICA/DENTAL/ ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA/RECETAS</b>	<b>Fije todas las cuentas detalladas asociadas con el crimen. Fije la explicación de los beneficios del seguro.</b>
---	---

	Suma
*Nombre de Proveedor del Seguro (Incluya dirección y número de teléfono) Fije más hojas si necesario.	
	\$
	\$
	\$
	\$

<b>SEGURO/ OTRAS FUENTES SUBORDINADAS</b>	<b>Todas las cuentas tienen que ser sometidas al seguro o otras fuentes antes de solicitar.</b>
---	---

¿Era la víctima cubierta por algún seguro de salud o plan de asistencia cuando ocurrió el crimen?  Sí  No

**Proveedor/Plan de Beneficios (Marque todo lo que aplica)**  
**Incluya Nombre de la Compañía/Número de Póliza/Asegurado/Dirección/Número de Teléfono**

Seguro de Salud <input type="checkbox"/>	
--	--

Medicare/Medicaid/Title 19 <input type="checkbox"/>	
Indemnización de los trabajadores/Desempleo <input type="checkbox"/>	
Administración Veterana/Seguro Militar <input type="checkbox"/>	
Asistencia Pública/Bienestar/Cupones de Alimentos <input type="checkbox"/>	
Seguro de Accidente/de Vida <input type="checkbox"/> <b>Tiene que incluir si la víctima está muerta</b>	
Seguro Social/SSI/SSDI <input type="checkbox"/>	
Servicios de Salud de los Indígenas <input type="checkbox"/>	
Seguro de Auto de la Víctima <input type="checkbox"/> <b>Tiene que incluir si el crimen es asociado con el auto.</b>	
Seguro de Auto del Ofensor <input type="checkbox"/> <b>Tiene que incluir si el crimen es asociado con el auto.</b>	
Seguro de Propietarios <input type="checkbox"/>	
Otro <input type="checkbox"/>	
<b>EXPENSAS DEL FUNERAL/ ENTIERRO</b>	<b>Fije copias de las cuentas detalladas del funeral/entierro. (\$5000.00 beneficio máximo)</b>

Nombre de la Funeraria \_\_\_\_\_

Dirección/Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Si la víctima muerta tenía seguro de vida, por favor provenga el nombre de la compañía. \_\_\_\_\_

Otras Expensas \_\_\_\_\_

<b>OTRAS EXPENSAS ECONÓMICAS</b>	<b>Fije recibos/cuentas/estimados por las cosas que tienen que ser remplazadas o por la limpieza. Tiene que solicitar con el seguro primero. Marque todo lo que aplica.</b>
----------------------------------	---

- Cosas personales que fueron tomados como evidencia (\$500 máximo) Identifique Las Cosas y Estime el Valor
- Substituto por Ama de Casa (Nombre/Número de Teléfono de Proveedor del Servicio)
- Limpieza de la escena criminal (\$500 máximo)  Hotel  
(Si hay seguro del propietarios o de alquilador, este tiene que ser solicitado primero.)
- Transporte/Kilometraje       Expensas de Mudanza:       Otros Pérdidos:

<b>DAÑO CATASTRÓFICO</b>	<b>La incapacidad parcial o permanente (pérdido de vista, oído, o miembros) como resultado del crimen. Incluya recibos/estimados de reformas o aparatos del hogar/auto. (\$10,000.00 beneficio máximo)</b>
--------------------------	--

Tipo de incapacidad \_\_\_\_\_

Nombre del doctor para verificar la incapacidad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

<b>PÉRDIDO DEL SUELDO</b> Víctima tiene que ser empleado cuando ocurrió el crimen.	<b>Rellena si perdió tiempo trabajando debido al crimen. Si la víctima es autónoma, incluya una copia más reciente del reportaje federal de impuestos.</b>
---	--

¿Era la víctima empleado cuando ocurrió el crimen?  Sí  No

¿Perdió tiempo trabajando como resultado del crimen?  Sí  No

¿Ha regresado la víctima al trabajo?       Sí  No

Fechas ausente de trabajo debido al crimen:    /    /    hasta    /    /    Horas Pérdidas:

Nombre del Empresario	Persona del Contacto	Número de Teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

¿Recibió algún de los siguientes debido al daño/crimen? **Fuentes tiene que ser agotadas primero.**

Paga de enfermos     Paga de Vacaciones     Indemnización de los trabajadores     Incapacidad

Plan del sindicato     Otro

<b>PÉRDIDO DEL SOSTÉN ECONÓMICO</b> Tiene que ser empleado cuando ocurrió el crimen.	<b>Esta sección tiene que ser rellena cuando hay pérdida de sostén económico si murió la víctima o la víctima fue incapacitada y era la fuente de sostén económico para la familia y ahora no puede contribuir.</b>
---	---

¿Era empleado la víctima muerta/incapacitada cuando ocurrió el crimen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Empresario de la Víctima Muerta/Incapacitada		Persona del Contacto		Teléfono
Dirección del Empresario		Ciudad	Estado	Código Postal
<b>FUENTE DE RECOMMENDACIÓN</b>		Esta sección tiene que ser rellena por Intercesor de Víctima quien está relleno esta petición.		
Nombre del Intercesor: _____ Nombre de Agencia: _____ Dirección: _____				
Número de Teléfono: _____ E-mail: _____				
Marque todos los servicios recomendados a la víctima o con que está trabajando ahora mismo:				
<input type="checkbox"/> Programa de la Víctima/Testigo <input type="checkbox"/> Hospital/Doctor <input type="checkbox"/> Refugio de Violencia de Familia <input type="checkbox"/> Funeraria/Córoner <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> La Policía <input type="checkbox"/> Consejero/Terapeuta <input type="checkbox"/> Asistencia Pública <input type="checkbox"/> Otro _____				
<b>Antes de enviar esta petición, asegúrese de que:</b>				
<input type="checkbox"/> Firme y feche la siguiente página de autorización <input type="checkbox"/> Fije un resumen del crimen y los daños <input type="checkbox"/> Fije copias de las cuentas, estimados, y recibos <input type="checkbox"/> Rellene todas las secciones apropiadas de la petición				

### DECLARACIÓN DE ENTENDER

Yo Entiendo que después de recibir esta petición, el personal del Programa de la División de Compensación de la Víctima investigará la exactitud y la verdad de la información que está en esta petición y otros asuntos relatados a esta reclamación, y yo accedo a tal investigación.

Yo entiendo que la División puede hacer público el registro en su control, y buscar registro de otras agencias, en conexión con mi reclamación que está relacionando con alguna compensación adjudicada a mi o pagada a mi en mi nombre. Este incluye, pero no es limitado a, la oficina del procurador, libertad vigilada y libertad bajo palabra, y otras partes del sistema tribunal federal o del estado, porque ellos buscan restitución del acusado.

Yo entiendo y soy obligado, y por esto yo estoy de acuerdo que, notificaré la División si contrato un abogado para representarme en un pleito relacionado al crimen que me llevó a presentar esta petición. También notificaré la División si el ofensor me ofrece reembolsar por mis pérdidas.

Yo entiendo que la División es pagador de último recurso. Es mi responsabilidad asegurarme que todas las otras formas de pago han sido agotadas. Si otras formas de pago se hacen disponibles durante el proceso de la petición, notificaré la División. Si no, la omisión de propocionar esta información puede poner en peligro mi elegibilidad por compensación.

Yo entiendo que basado en W.S. 14-3-205, La División de Servicios de la Víctima, es obligad a reportar abuso del niño sopechado a los autoridades.

## ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS (PAGO DIRECTO A PROVEEDORES DE LOS SERVICIOS)

De cualquiera adjudicación hizo por el Programa la División de Compensación de la Víctima, Yo le doy permiso a la División a pagar alguna aplicable cuenta impagada directamente al partido apropiado.

### ACUERDO DE LA VÍCTIMA/RECLAMANTE

Por lo presente yo accedo a la devolución a la División de Servicios de la Víctima el total de la adjudicación, o tanto como es recuperado, si yo recupero pago de la persona o personas responsables por los daños los cuales estoy pidiendo compensación, como resumido por Estatuto Wyoming 1-40-112(a)/ Yo Entiendo que ésto incluye devolviendo a la División si recupero alguna suma del ofensor, su compañía de seguro, el seguro de su empresario, o cualquier otro ente que está pagando en nombre del ofensor por los daños sufridos a mi debido al crimen descrito en esta petición.

### AUTORIZACIÓN PARA OBTENER EL REGISTRO, HACER PÚBLICO INFORMACIÓN, Y HACER UNA INVESTIGACIÓN PARA REPASAR Y EVALUAR MI RECLAMACIÓN

Yo les doy permiso a cualquier hospital, doctor, agencia policiaca federal, estado o local, agencia/compañía de seguro, epresario, agencia de servicio social, cualquiera agencia de gobierno federal, estado o local, incluyendo la Administración de Seguridad Social, y abogados obtenidos privadamente para hacer público todo registro, contestar cualquiera pregunta, y provenir cualquiera información para ayudar a la División en tramitando esta reclamación de compensación. También le doy mi consentimiento a la División para ejercer su propia discreción en hacer público o retener información con respeto a mis pérdidas relatados al crimen a cualquiera persona o ente responsable para presentar peticiones de restitución al tribunal. Yo entiendo que esta información será limitada a una lista detallada de mis pérdidas relatados al crimen, en la medida que la División es consciente de ellos. Yo accedo que la División puede hacer público información independientemente de si yo he recibido una adjudicación de compensación. Yo entiendo que esta información se hará público solo por el objeto de obtener un orden de restitución del acusado o para determinar elegibilidad por compensación. Además, Yo entiendo este formulario de cesión que he firmado no obliga de ninguna manera a la División a hacer público la información, a encontrar y presentar más información que ya tiene, proseguir un orden de restitución en mi nombre o proseguir colección de restitución en mi nombre. Entiendo que el asunto de colección de restitución queda con el sistema tribunal y no con la División.

También yo entiendo que las limitaciones de este acuerdo no limitan en ninguna manera la habilidad de la División a proseguir su propia recuperación de ingresos en la medida en que me proporciona con beneficios de compensación. Esta autorización es válida por dos años de la fecha dada bajo. Una copia de esta autorización es tan efectiva y válida como el original.

Yo certifico bajo la sanción de perjurio y sometido a las provisiones de W.S. § 1-40-102 hasta 119 y sus castigos, que la reclamación precedente es verdad y un registro justo de expensas que me incurrieron como resultado del crimen contra yo. Yo certifico más lejos bajo la sanción de perjurio que he leído y entiendo las declaraciones arriba incluyendo la “Declaración de Entender” y “Acuerdo de la Víctima/ Reclamante” y estoy de acuerdo con ellos. **(Debe ser firmado por la víctima de 18 años o mayor, un menor emancipado, o su padre o guardían.)**

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Víctima

\_\_\_\_\_  
Nombre del Reclamante

\_\_\_\_\_  
Número de Seguridad Social de la Víctima

\_\_\_\_\_  
Número de Seguridad Social del Reclamante

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal

---

Firma de la Víctima o Reclamante **de 18 años o mayor** Fecha Firmada

---

Fecha Firmada

**Devolver a: Division of Victim Services, 320 West 25<sup>th</sup> Street, 2<sup>nd</sup> Floor, Cheyenne, WY 82001.  
Para asistencia completando esta petición llama gratis a: 1-888-996-8816 or 1-307-777-7200.**

**¡¡ESTA PÁGINA TIENE QUE SER COMPLETA, FIRMADA, Y FECHADA!!**



DEVEULA A:  
DIVISIÓN DE SERVICIOS DE LA VÍCTIMA

WOLFS-109 REVISED 6/2015  
Solo para la Oficina de Ministro de Justicia

320 West 25<sup>th</sup> Street, 2<sup>nd</sup> Floor  
CHEYENNE, WY 82001

**ESTADO DE WYOMING**

(307) 777-7200  
FAX (307) 777-6683

**PETICIÓN PARA CONTRIBUYENTE  
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN**

**POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE O ESCRIBA A MAQUINA: Formularios que son ilegibles o incompletos no serán tramitados.**

**OBJETO DEL FORMULARIO: El Estado de Wyoming es requerido presentar un regreso de información con el IRS y es necesario tener su Número de Identificación de Contribuyente (TIN) para informar.**

Regulaciones del IRS proviene el siguiente: si no proporciona su TIN correcto a un solicitador, es posible que puede ser sometido a una sanción de \$50 por cada uno de tales fracasos, a menos que su fracaso es debido a una causa razonable y no al incumplimiento deliberado. Si hace usted una declaración falsa sin base razonable que no resulta en reserva detenida, puede ser sometido a una sanción de \$500. Si falsifica deliberadamente certificaciones o afirmaciones puede ser sometido a sanciones criminales incluyendo multas y/o encarcelamiento.

Propietario  
Único/Individual

**Numero:** \_\_\_\_\_  
(SSN)

**Nombre:** \_\_\_\_\_  
(Nombre oficial para informar de los impuestos)

**DIRECCION:** (Número, Calle, y Apt. o Caja Postal): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Codigo Postal

**NUMERO DE TELEFONO:**  
(Incluya el código area)

\_\_\_\_\_ **FAX:** (Incluya el código area) \_\_\_\_\_

**YO CERTIFICO BAJO LA SANCION DE PERJURIO QUE:**

1. El número en este formulario es mi número de identificación de contribuyente correcto (o estoy esperando por un número que será entregado a mi),
  - \*2. No soy sometido a reserva detenida porque: (a) Yo estoy exento de reserva detenida, o (b) No he sido notificado por e IRS que soy sometido a reserva detenida como resultado de un fracaso de informar todo interés o dividendo, o (c) El IRS me ha notificado que ahora no soy sometido a reserva detenida,
  3. Yo certifico que soy Ciudadano Estadounidense.
- \* \*Tiene que tachar punto (2) arriba si se ha notificado usted por el IRS que es sometido usted acualmente a reserva detenida debido a Informar menos interés o dividendo en su declaración de impuestos

**FIRMA:**

**DATE:**

