



Solicitud del Fondo de Compensación de Víctimas

18º DISTRITO JUDICIAL

6450 S. Revere Parkway

Centennial, CO 80111

Teléfono: 720-874-8787 Fax: 720-733-4697

VictimComp@da18.state.co.us

El Programa de Compensación de Víctimas del Crimen opera conforme a C.R.S. §24-4.1-101 et.seq.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD:

La Junta de Compensación de Víctimas del Crimen (CDVC) **puede renunciar algunos de los requisitos por la buena causa o en interés de la justicia.*

1. La víctima haya sufrido daño mental, físico, muerte o daños al exterior de puertas residenciales, cerraduras o ventanas como el resultado de un crimen compensable.
2. La víctima cooperó totalmente con los oficiales encargados de hacer cumplir la ley (policía, oficina del fiscal, etc.)
3. El crimen fue reportado a una agencia de policía dentro de 72 horas.
4. La herida o muerte de la víctima no fue el resultado de la comisión de un delito en parte de la víctima o provocación substancial.
5. La victimización ocurrió en o después del 1º de julio de 1982.
6. La aplicación fue presentada dentro de un año después de la fecha del crimen, o dentro de seis meses para daños a la propiedad residencial de puertas exteriores, cerraduras o ventanas.
7. El crimen ocurrió en el Condado de Arapahoe, Douglas, Elbert o Lincoln o la víctima es residente del 18º Distrito Judicial pero el crimen sucedió en un estado o condado que no tiene el programa de Compensación de Víctimas del crimen.

INFORMACIÓN GENERAL:

1. No tiene que haber un arresto o cargos presentados para que la víctima sea elegible para recibir compensación.
2. Compensación podrá solicitarse para gastos médicos, terapia de salud mental, aparatos médicos necesarios, (dentadura postiza, lentes, audífonos, prótesis), pérdida de ingresos debido a herida, servicios de salud en casa, gastos funerarios, puertas residenciales/cerraduras/ ventanas, pérdida de sostenimiento para los dependientes en caso de muerte y pérdida de ayuda de hogar (se aplican restricciones de elegibilidad). Las solicitudes deben ser directamente relacionadas con el crimen reportado a la policía.
3. Compensación puede ser concedida para costos de reemplazo o reparación de puertas/cerraduras/ventanas al exterior de la residencia que se dañan durante la comisión de un crimen. Compensación también puede ser concedida para cambio de claves de vehículos.
4. Por ley, usted debe utilizar todas las otras fuentes de ayuda financieras o de reembolso, incluyendo los seguros privados, Medicaid y Medicare.
5. Por favor adjunte las cuentas, recibos y estimaciones relacionadas directamente con el crimen. Usted puede presentar su solicitud aunque no haya recibido una factura o cuenta todavía, pero por favor envíe facturas en cuanto se reciban.
6. Su reclamo será verificado y presentado a la Junta. Este proceso puede tardar 30-60 días después de que hemos recibido y verificado sus pérdidas.
7. La compensación no podrá superar el límite legal de \$30,000. Compensación por categorías individuales está limitada por póliza de la Junta. Por favor llame al 720-874-8787 para los límites de categoría específica.
8. Si su reclamo es negado, usted tiene el derecho de solicitar reconsideración de la decisión de la Junta. Usted será notificado por correo el motivo de la denegación y le informaremos de su derecho a presentar información nueva o adicional. Esta información debe dirigirse a la(s) razón(es) que la Junta negó su reclamo. Usted puede solicitar una reconsideración por contactar al programa de Compensación de Víctimas dentro de 90 días después de la fecha que recibió la carta de denegación. Si la Junta niega la reconsideración, puede tener la decisión de la Junta revisada según conforme con Reglas de Procedimiento Civil de Colorado.
9. Favor de anotar: Compensación de Víctima no puede compensar la pérdida o daños de propiedad, renta o otras cuentas personales, pérdida de dinero en efectivo, el dolor y el sufrimiento y la reparación de vehículo.

SECCIÓN 1- INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA (Favor de completar cada sección. Marque N/A si no es aplicable)

Nombre de la Víctima (Primero, Segundo y Apellido)	Fecha de nacimiento	Edad cuando el crimen ocurrió
--	---------------------	-------------------------------

Domicilio de Correo	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
---------------------	--

Ciudad/Estado/Código Postal	Últimos 4 Números Del Seguro Social
-----------------------------	-------------------------------------

Teléfono del Trabajo	Teléfono de Casa/Celular	Correo electrónico
----------------------	--------------------------	--------------------

La siguiente información es usada para propósitos estadísticos. Se requiere para cumplir con regulaciones federales.

Raza:	Fuente de Referencia:	Estado Matrimonial:	Incapacitado/a:	
<input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Oficial de Policía/Asistente de Víctima	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Fiscal Del Distrito/Rep. De Víctima	<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Si	
<input type="checkbox"/> Africano Americano	<input type="checkbox"/> Servicios Sociales	<input type="checkbox"/> Separado/a	Incapacitado/a antes del crimen:	
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Divorciado/a		<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Islas del Pacifico	<input type="checkbox"/> Terapeuta	<input type="checkbox"/> Viudo/a		<input type="checkbox"/> Si
<input type="checkbox"/> Anglo no-Latino o Caucásico	<input type="checkbox"/> Otro: _____			
<input type="checkbox"/> Otra Raza				
<input type="checkbox"/> Varias Razas				

SECCIÓN 2-INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE (Favor de llenar sólo si la víctima es menor de edad, falleció o incapacitado/a.)

Nombre del reclamante (Padre/Madre/Guardián/Familiar)	Fecha de nacimiento
---	---------------------

Domicilio de Correo	Ciudad/Estado/Código Postal
---------------------	-----------------------------

Relación con la Víctima	Número de teléfono	Correo Electrónico
-------------------------	--------------------	--------------------

SECCIÓN 3-INFORMACIÓN DEL CRIMEN (Favor de completar esta sección lo más completo que sea posible.)

Tipo del crimen (marque todo lo que aplique)

<input type="checkbox"/> Asalto <input type="checkbox"/> Robo/Travesura Criminal <input type="checkbox"/> Conducción negligente con resultado de muerte <input type="checkbox"/> Abuso físico de un niño/a <input type="checkbox"/> Asalto sexual de un niño/a-por un miembro de familia <input type="checkbox"/> Asalto sexual de un niño/a-por persona que no es familiar	<input type="checkbox"/> Violencia Domestica <input type="checkbox"/> Conductor/a Ebrio <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Asalto sexual –adulto <input type="checkbox"/> Asalto de carro/ Homicidio por vehículo <input type="checkbox"/> Otro (favor de especificar) _____
--	--

1. Fecha del crimen: _____	2. Fecha que se hizo el reporte: _____
3. ¿Quién cometió el crimen? _____	4. Fecha de nacimiento del acusado (si lo sabe): _____
5. Su relación a la víctima: _____	6. Depto. de Policía/agencia donde reporto: _____
7. Número del reporte de Policía: _____	8. Oficial de Policía asignado: _____
9. ¿El ofensor/a ha sido acusado en la corte? _____	10: Numero de caso del Fiscal: _____
11. El condado donde ocurrió el crimen: _____	

SECCIÓN 4-DEMANDA CIVIL

Si NO

¿Planea demandar a la persona o empresa responsable de esta herida? Si es así, por favor, tome en cuenta que usted debe notificar a la Junta Directiva de la CDVC con pruebas escritas de la cantidad y los términos de la resolución.

SECCIÓN 5- SEGURO/FUENTE DE INFORMACIÓN COLATERAL (Los gastos del crimen deben enviarse a todos los programas de asistencia financieras antes de ser revisadas por CDVC. Favor de indicar si la víctima está asegurada/o, marque todo lo que aplique.)

Seguro Médico Si No Seguro de Invalidez Si No
Seguro de Auto Si No Compensación de Trabajo Si No
Seguro de Vida Si No Seguro para propietarios de Casa/Renta Si No Deducible: _____
Medicare/Medicaid Si No Otro: _____

Por favor indique el nombre, número de teléfono y número de póliza de cualquier seguro mencionado arriba.

SECCIÓN 6- SOLICITUD DE SERVICIOS

Por favor marque las casillas de los servicio/s que desea solicitar.

TERAPIA DE SALUD MENTAL -VÍCTIMA PRINCIPAL

¿Está usted (víctima) en este momento viendo a un Terapeuta relacionado con este crimen? Si No
Si es así, favor de pedir que se Terapeuta llame a 720-874-8787 o envíe un correo electrónico a VictimComp@da18.state.co.us.
Si usted quisiera ayuda para localizar un Terapeuta favor de llamar a 720-874-7474 o enviar un correo electrónico a VictimComp@da18.state.co.us.

TERAPIA DE SALUD MENTAL -VÍCTIMA SECUNDARIA (miembros de la familia):

Nombre del miembro de familia	Relación con la Víctima	Fecha de Nacimiento
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

SERVICIOS MÉDICOS: Envíe copias de las facturas detalladas relacionadas al crimen en cuanto se reciban.
 Hospital Médico Quiropráctica/Terapia Física Dental Enfermería de Casa
 Otro _____

ARTÍCULOS MEDICOS PERSONALES (DAÑADO O ROBADO): Envíe copias de facturas detalladas relacionadas al crimen o estimados.
 Lentes/Lentes de Contacto Dentaduras Audífonos Aparato de Prótesis
 Otro _____

PROPIEDAD RESIDENCIAL: (DAÑADA DURANTE LA COMISIÓN DE UN CRIMEN): Envíe estimados o recibos para reparación o reemplazo de puertas residenciales, cerraduras o ventanas para reembolso.
 Puertas Exteriores Ventanas Exteriores Cerraduras Cambio de Claves de Vehículo
 Limpiar la escena del crimen Otro _____

PERDIDA DE SOSTENIMIENTO DEL HOGAR-SE APPLICAN RESTRICCIONES DE ELEGIBILIDAD

Usted PUEDE ser elegible para la Pérdida del Sostenimiento del Hogar si: 1) La víctima vivía con el/la acusado/a en el momento del crimen. 2) El/la acusado/a ha desocupado la casa el cual la víctima compartió con el acusado/a. 3) El/la acusado/a fue empleado legalmente. 4) El/la acusado/a le estaba dando apoyo financiero a la víctima. Este es un pago de \$1000 y la forma de Perdida del Sostenimiento del Hogar debe ser completada para determinar elegibilidad. Por favor llame al 720-874-8787 o envíe un correo electrónico a VictimComp@da18.state.co.us para pedir una copia de la forma.

PERDIDA DE SALARIO

Usted PUEDE ser elegible para recibir Salarios Perdidos si usted perdió trabajo debido a sus heridas físicas o emocionales y no tiene vacaciones pagadas, tiempo de enfermedad o tiempo del pesar. Se le enviara una Forma de Los Salarios Perdidos para darle a su trabajo para verificar su salario y que el tiempo perdido está directamente relacionado con este crimen. Si usted solicita más de dos semanas de salarios perdidos, necesitará proporcionar una nota de un médico o terapeuta, y talones de cheque pueden ser solicitados. Si usted es trabajador independiente, deberá presentar una copia de la declaración de impuestos del año pasado y una copia escrita de los estimados, presupuestos o contratos por al menos un período de un mes para que la pérdida de ingresos puedan determinarse precisamente.

GASTOS FUNERARIOS: Envíe copias de las cuentas detalladas, si están disponible.

¿Se han pagado gastos de funerarios? Si No

¿Nombre de la persona quien pago los gastos funerarios: _____

Proveedor de servicios funerarios y número de teléfono: _____

Por favor marque todo lo que aplique:

- Viaje para el funeral: (Pasaje de avión, millas, carro de renta, hotel, etc.) Por favor envíe cuentas para reembolso.
- La Pérdida de sostenimiento a las Personas Dependientes. Debido a la muerte de la víctima solamente. Puede ser elegible para recibir compensación si ustedes fueron totalmente o en parte dependiente de los ingresos de la víctima en el momento de la muerte o los ingresos se han reducido severamente por causa de este crimen.

FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE, INICIAL CADA SECCIÓN, FIRMAR Y INCLUIR LA FECHA

Todos los solicitantes 18 años de edad y mayores deben firmar esta forma

_____**CERTIFICADO DE APLICACIÓN:** La información contenida en esta solicitud de Compensación de Víctimas del Crimen es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento. Entiendo que las declaraciones falsas o documentación falsificada pueden resultar en negación de mi solicitud y puedo ser castigado por la ley.

_____**RESPONSABILIDAD DEL RECLAMANTE:** Entiendo que soy responsable de mis cuentas relativas a este crimen y que tengo la obligación de dar todos los documentos a la Junta de Compensación de Víctima del Crimen para ayudar con la verificación de mi reclamo. Yo también debo informar a los proveedores de servicios de mi aplicación con el Programa de Compensación de Víctimas del Crimen.

_____**COOPERACIÓN:** Entiendo que mi falta de cooperación con la ley (policía, el sheriff, el fiscal) puede resultar que me reclamo se negado.

_____**ACUERDO DE SUBROGACIÓN:** Yo entiendo que la aceptación de un reembolso de Compensación de Víctimas por un solicitante sea subrogará el estado en la medida de tal reembolso a cualquier causa o derecho de acción que corresponda al solicitante.

_____**PROCESO DE APLICACIÓN ALTERNATIVA:** Si usted cree que la Junta de Compensación de Víctima en el Dieciocho Distrito Judicial no pueda ejercer con imparcialidad su reclamo debido a las relaciones personales o profesionales con dos o más miembros de la Junta, se enviará a otro distrito para revisión. El Dieciocho Distrito Judicial tiene que recibir una solicitud de revisión alternativa por escrito. Si su reclamo es aprobado, se pagarán cuentas por medio del Dieciocho Distrito Judicial. También entiendo que esto puede retrasar el proceso de mi reclamo.

_____**REEMBOLSO A COMPENSACIÓN DE VICTIMAS DEL CRIMEN:** Por la presente estoy de acuerdo de reembolsar el Fondo de Compensación a Víctimas del Crimen si los pagos son recibidos por parte del acusado (restitución o acción civil), el seguro, o cualquier otra agencia de gobierno o agencia privada como compensación por esta herida o muerte después que se recibió pago del Fondo de Compensación a Víctimas del Crimen. Además, entiendo que la restitución puede solicitarse por parte del acusado a través del caso criminal o delincuencia juvenil.

_____**DERECHO DE RECONSIDERACIÓN:** Si mi reclamo de compensación es negado, se me notificara por escrito de la razón. Entiendo que tengo el derecho de solicitar una reconsideración de la Junta de Compensación de Víctima del Crimen y puedo hacerlo por medio de una carta en la que dirige la razón de la negación como se indica en la carta. La Junta de Compensación de Víctimas del Crimen, podrá tener una audiencia para reconsiderar la solicitud negada. Yo entiendo que la carga de prueba está sobre mí como el/la solicitante para mostrar que el reclamo es razonable y compensable bajo la Ley de Compensación de Víctimas del Crimen de Colorado. En el caso que la negación es confirmada por la Junta después de la reconsideración, entiendo que yo puedo tener la decisión de la Junta revisada conforme a las Reglas de Procedimiento Civil de Colorado por una corte del distrito dentro de 30 días.

_____**REPARTIR DE FONDOS:** Por la presente autorizo la entrega de los fondos compensados a mí bajo la Ley de Compensación de Víctimas para ser pagados directamente a agencias de servicios o a reclamante quien pago de su bolsillo que sea aplicable a mí reclamo. Yo entiendo que cualquier aprobación de compensación está sujeta a fondos disponibles y la discreción de la Junta.

_____**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN:** Por la presente autorizo la revelación de toda la información de cualquier empleador, médico, hospital, departamento de Servicios Sociales, abogado civil, proveedor de servicios de salud médica o mental y acreedor o agencia con el propósito de verificar los reclamos enviados para establecer la validez del reclamo. Además, entiendo que cualquier información que yo doy puede ser sujeta a revelación conforme a la ley. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento por escrito, excepto si ya se han tomado medidas basadas sobre ella. Mi firma autoriza la revelación de toda la información como se ha indicado anteriormente. Una fotocopia o reproducción exacta de esta autorización firmada tendrá la misma fuerza y efecto que el original.

Firma de la Víctima o Reclamante (Si la Víctima es menor de 18 años) Fecha

Regrese la aplicación
y cuentas a:

La Junta de Compensación de Víctima

6450 S. Revere Pkwy
Centennial, CO 80111

Nombre de la Víctima o Reclamante (Si la Víctima es menor de 18 años)

**** Tenga en cuenta que las aplicaciones que se presentan sin las firmas pueden retrasar el proceso**