



**APLICACIÓN
ASOCIADA:**
Escriba si se conoce

Solicitud de Compensación para las Víctimas de Crímenes

Sección 1 Solicitante

Se debe llenar una solicitud separada para cada persona que busca ayuda.

La sección 1 debe ser llenada en todas las solicitudes. El solicitante es la persona que tiene gastos o está solicitando asistencia que resulta por un crimen. Si usted está llenando esta solicitud para otra persona, ponga la información de esa persona en la Sección 1 y la información de usted en la Sección 3.

Idioma hablado preferido:

Idioma escrito preferido:

PRIMER NOMBRE: MEDIO NOMBRE: APELLIDO: GÉNERO:

Relación con la víctima:

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (sin guiones): ¿Tiene el solicitante número de seguro social?

Fecha de nacimiento (MMDDAAAA):

Dirección de correo
NOMBRE Y NÚMERO DE CALLE O CAJA POSTAL:

¿Desde la fecha del crimen, el **solicitante** ha estado en prisión, en libertad vigilada, o en libertad bajo palabra de honor por una felonía?

¿Está el **solicitante** requerido a registrarse como delincuente sexual?

Segunda dirección (núm. apartamento o unidad): CIUDAD: ESTADO: Código Postal: TELÉFONO CASA:

TELÉFONO TRABAJO: Extensión: TELÉFONO CELULAR: CORREO ELECTRÓNICO: TIPO DE CORREO:

Marque esta caja si usted es un padre/guardián que va a aplicar por un testigo menor de edad que ha presenciado un delito violento. Los menores son elegibles solamente para el tratamiento de la salud mental. El solicitante es menor de 18 años, es un testigo que estuvo cerca de un crimen violento, pero no es ni la víctima de crimen ni es relacionado con la víctima. Proporcione la información de la víctima, el crimen u otra información en las siguientes secciones.

Si usted es una víctima adulta y los gastos son para usted, pase a la Sección 4

Si no, continúe a la Sección 2

Sección 2 La víctima del crimen

La víctima del crimen es la persona que fue herida, amenazada con lesión, o falleció a causa del crimen.

PRIMER NOMBRE: MEDIO NOMBRE: APELLIDO: GÉNERO:

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (sin guiones): ¿Tiene la víctima número de seguro social?

Fecha de nacimiento (MMDDAAAA):

SI LA VÍCTIMA FALLECIÓ, FECHA DE FALLECIMIENTO (MMDDAAAA):

Dirección de correo
NOMBRE Y NÚMERO DE CALLE O CAJA POSTAL:

¿Desde la fecha del crimen, la **víctima** ha estado en prisión, en libertad vigilada, o en libertad bajo palabra de honor por una felonía?

¿Está la **víctima** requerida a registrarse como delincuente sexual?

Segunda dirección (núm. apartamento o unidad): CIUDAD: ESTADO: Código Postal: TELÉFONO CASA:

TELÉFONO TRABAJO: Extensión: TELÉFONO CELULAR: CORREO ELECTRÓNICO: TIPO DE CORREO:

Si usted está llenando esta solicitud en nombre de un menor o adulto incapacitado, continúe a la Sección 3
Si no, pase a la Sección 4

Sección 3 El padre o guardián (aplicante)

Esta sección es para padres o guardianes de menores o para los adultos incapacitados indicados en la Sección 1. Indique por favor su relación con la persona de la Sección 1:

PRIMER NOMBRE:

MEDIO NOMBRE:

APELLIDO:

GÉNERO:

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (sin guiones):

¿Tiene el aplicante número de seguro social?

Fecha de nacimiento

(MMDDAAAA):

Dirección de correo

NOMBRE Y NÚMERO DE CALLE O CAJA POSTAL:

¿Desde la fecha del crimen, ha estado **usted** en prisión, en libertad vigilada, o en libertad bajo palabra de honor por una felonía?

¿Está **usted** requerido/a a registrarse como delincuente sexual?

Segunda dirección (núm. apartamento o unidad):

CIUDAD:

ESTADO:

Código Postal:

TELÉFONO CASA:

TELÉFONO TRABAJO:

Extensión

TELÉFONO CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

TIPO DE CORREO:

Continúe a la Sección 4

Sección 4 Información acerca de sus gastos

Para la víctima de crimen, los beneficios siguientes pueden estar disponibles. Por favor marque los gastos relacionados con el crimen que usted está solicitando. Por favor mande copias de cuentas, o una lista con cualquier cuenta relacionada con el crimen.

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gastos médicos y/o dentales | <input type="checkbox"/> Tratamiento para la salud mental | <input type="checkbox"/> Pérdida de ingresos (si faltó al trabajo por causa del crimen) |
| <input type="checkbox"/> Gastos de mudanza o traslado | <input type="checkbox"/> Mejoras de la seguridad del hogar | <input type="checkbox"/> Modificaciones de casa o vehículo (para una víctima incapacitada por causa del crimen) |
| <input type="checkbox"/> Entrenamiento de trabajo (para una víctima incapacitada por causa del crimen) | <input type="checkbox"/> Limpieza del lugar del crimen | |

Otros gastos relacionados con el crimen:

Para alguien que no sea la víctima del crimen, los siguientes beneficios pueden estar disponibles. Por favor marque los gastos relacionadas con el crimen que usted está solicitando. Por favor mande copias de cuentas, o una lista con cualquier cuenta relacionada al crimen.

Para testigos menores de edad del delito violento, solamente está disponible el tratamiento de salud mental. Continúe a la Sección 5.

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tratamiento para la salud mental | <input type="checkbox"/> Pérdida de ingresos (hasta 30 días si un menor falleció o es hospitalizado) | <input type="checkbox"/> Ayuda de sostenimiento (para dependientes de una víctima fallecida o incapacitada) |
| <input type="checkbox"/> Gastos de funeral y/o entierro | <input type="checkbox"/> Limpieza del lugar del crimen | <input type="checkbox"/> Mejoras de la seguridad del hogar |
| <input type="checkbox"/> Gastos medicos de la víctima que falleció | | |

Continúe con el resto de las secciones

SOLICITUD PARA CONCESIÓN DE EMERGENCIA:

Las concesiones de emergencia se solicitan en ciertas situaciones. Una concesión de emergencia tiene el propósito de pagar gastos relacionados con el crimen en casos donde usted sufriría dificultad financiera si los gastos relacionados con el crimen no se pagan. Dificultad financiera significa que no tendría dinero disponible para sus necesidades como comida o renta después de pagar las cuentas relacionadas con el crimen. Las concesiones de emergencia son generalmente pagadas dentro de 30 días.

¿Usted necesita pedir una concesión de emergencia?



Sección 5 Información sobre el crimen

Nombre de la agencia policial

NOMBRE DE LA AGENCIA POLICIAL A QUIÉN SE LE REPORTÓ EL CRIMEN (SI APLICA):

Fecha(s) en que ocurrió el crimen

DESDE:

Si fue un día, indique aquí



HASTA:

FECHA EN QUE SE REPORTÓ:

NÚMERO DE REPORTE:

DESCRIBA LAS LESIONES:

Lugar del crimen (si se conoce)

Dirección, intersección, área, etc:

2a. Dirección (Apt. o Un.):

CIUDAD:

ESTADO:

Código Postal:

CONDADO DONDE OCURRIÓ EL CRIMEN:

Persona que cometió el crimen (sospechoso), si es conocido:

SOSPECHOSO
 DESCONOCIDO

TIPO DE CRIMEN:

PRIMER NOMBRE:

MEDIO NOMBRE:

APELLIDO:

Sección 6 Información del representante (un representante no es necesario para solicitar compensación.)

Esta sección es solamente para representantes. Los representantes del Centro de Asistencia de Víctimas y Testigos solamente necesitan proporcionar su nombre, número de teléfono, no. de centro, firma y fecha. Otros representantes llenan toda la sección.

Si es otra, por favor indique:

Por favor indique su relación con la persona de la Sección 1:

PRIMER NOMBRE:

MEDIO NOMBRE:

APELLIDO:

TELÉFONO:

Extensión

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN:

Dirección de correo

NOMBRE Y NÚMERO DE CALLE O CAJA POSTAL:

2a. Dirección (Suite):

Solo para el personal del Centro de Asistencia de Víctimas:

JP/VWC #:

CIUDAD:

ESTADO:

Código Postal:

Solo para abogados:

¿Está pidiendo el pago conforme al Government Code Section 13957.7(g)?

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL:

NÚMERO DE BARRA DEL ESTADO (STATE BAR):

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

Fecha y firma necesarias para todos los representantes

Firma del abogado/representante:

Fecha:

Sección 7 ¿Cómo descubrió este Programa?

- Agencia policial
- Servicios de protección para adultos
- Cartelera o anuncio
- Fiscal del distrito
- Proveedor de salud mental
- Tarjeta o folleto
- Proveedor de servicios médicos
- Centro de Asistencia de Víctimas y Testigos
- Otro:
- Servicios de protección a menores
- Medio de prensa (TV, radio, periódico, etc.)

Sección 8 Información de reporte federal

La siguiente información **voluntaria** es para **la persona recibiendo compensación** y su uso solo es para estadísticas y solamente para cumplir con las normas federales.

Etnicidad: Afroamericano Asiático, Islas del Pacífico Hispano Caucasico Nativo americano Otro:

¿La víctima está incapacitada? ¿la víctima estaba incapacitada antes de la fecha del crimen?

Sección 9 Información de seguro

Por favor indique abajo la información del seguro. El Programa de Compensación para Víctimas de California (CalVCP) es el último recurso de pago. Puede que nos comuniquemos con su compañía de seguros para un reembolso potencial.

Si no tiene seguro de ningún tipo, marque aquí:

Seguro de salud

NÚMERO DE TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIOS MEDI-CAL: FECHA DE EMISIÓN:

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DEL SEGURO DE SALUD: NÚMERO DE PÓLIZA: NÚMERO DE GRUPO: TELÉFONO: Extensión:

Dirección de correo

NOMBRE Y NÚMERO DE CALLE O CAJA POSTAL: 2a. Dirección (Suite): CIUDAD: ESTADO: Código Postal:

Nombre del asegurado

PRIMER NOMBRE: MEDIO NOMBRE: APELLIDO: ¿Usted ha presentado una demanda de seguro relacionada con este crimen?

Seguro de auto/vehículo (Incluye automóviles, camiones, motocicletas, autocaravanas, embarcaciones, motos de agua, aviones, etc.)

Complete esta parte si un vehículo estuvo involucrado en el crimen, o si hubo peatones que fueron golpeados por un vehículo.

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DEL SEGURO DE AUTO: NÚMERO DE PÓLIZA: TELÉFONO: Extensión:

Dirección de correo

NOMBRE Y NÚMERO DE CALLE O CAJA POSTAL: 2a. Dirección (Suite): CIUDAD: ESTADO: Código Postal:

Nombre del asegurado

PRIMER NOMBRE: MEDIO NOMBRE: APELLIDO: ¿Usted ha presentado una demanda de seguro relacionada con este crimen?

Otros seguros

Por favor marque cualquier fuente de seguros adicional que pueda ser incluida en su solicitud:

Medi-Cal Medicare Workers' Comp Otro:

Si tiene más de un proveedor de seguros, por favor indique en otra hoja y envíela por correo con su solicitud.



Sección 10 Información del empleador

Indique por favor el empleador de la víctima. Si usted es un padre/guardián que solicita los beneficios de pérdida de sueldo porque una víctima menor de edad fue hospitalizada o falleció, indique a su empleador.

		Persona de contacto				
NOMBRE DE LA EMPRESA:	PRIMER NOMBRE:	APELLIDO:	TELÉFONO:	Extensión	¿Podemos contactar a su empleador?	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Dirección de correo

NOMBRE Y NÚMERO DE CALLE O CAJA POSTAL:	2a. Dirección (Suite):	CIUDAD:	ESTADO:	Código Postal:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿La víctima está/estaba autoempleada?

¿La víctima perdió tiempo de su trabajo debido a lesiones causadas por el crimen?

¿El crimen ocurrió durante el trabajo o en el lugar de empleo?

Si tiene más de un empleador, por favor indique en otra hoja y envíela por correo con su solicitud.

Sección 11 Información de demanda civil

¿Usted ha presentado o piensa presentar una demanda civil relacionada con este crimen?

Atención: Si usted decide entablar una demanda civil, por ley, usted está requerido a notificar al Programa de Compensación para Víctimas dentro de 30 días antes de presentar la demanda.

Nombre del abogado

PRIMER NOMBRE:	MEDIO NOMBRE:	APELLIDO:	TELÉFONO:	Extensión
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección de correo

NOMBRE Y NÚMERO DE CALLE O CAJA POSTAL:	2a. Dirección (Suite):	CIUDAD:	ESTADO:	Código Postal:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Su solicitud para compensación de víctimas de crímenes está casi completada

- ▶ Después de llenar toda la información, imprima la solicitud.
 - ▶ Proporcione copias de cualquier documentación que apoye su solicitud para compensación de víctima de crimen, incluyendo copias de facturas relacionadas con el crimen, seguros, u otros documentos que estén relacionados con el crimen. Guarde los documentos originales para sus archivos.
 - ▶ Por favor lea la siguiente página detenidamente, firme y ponga la fecha, y envíe a la dirección indicada o entregue en su Centro de Asistencia de Víctimas y Testigos local.
 - ▶ CalVCP le enviará una carta para confirmar que su solicitud fue recibida. La carta incluirá información adicional acerca de los beneficios que se piden en su solicitud.
 - ▶ Puede que un representante de CalVCP se comunique con usted para obtener información adicional si esta información no se incluyó con su solicitud.
- Para cualquier pregunta acerca de la compensación para víctimas, comuníquese con su Centro de Asistencia de Víctimas y Testigos local o llame al CalVCP al 1-800-777-9229.

Esta página DEBE estar firmada y fechada

Sección 12 Divulgación de información

Le doy permiso a cualquier hospital, clínica, doctor, dentista, o proveedor de salud mental; a cualquier director de funeraria o persona similar; cualquier empleador; cualquier agencia de gobierno o policial, incluyendo el Departamento de Justicia, la Administración de Seguridad Social, la Junta Estatal de Impuestos, y el Servicio de Impuestos Internos (IRS); cualquier compañía de seguro; o cualquier otra persona o agencia para que divulgue información relacionada con esta solicitud, incluyendo cualquier registro médico (incluyendo, pero no limitado a los registros pasados, los informes de la consulta, los informes de la patología, los resúmenes del alta del hospital, los informes operativos, rayos X y otros informes de la radiología, informes del laboratorio, notas médicas, los informes narrativos, y los expedientes de facturación), registro de salud mental, y de condenas de felonías, al Programa de Compensación para Víctimas de California (CalVCP) o sus representantes, para el propósito de elegibilidad determinante para beneficios de CalVCP. Este permiso también aplica a todas las fuentes de recuperación para los gastos reclamados, inclusive pero no limitado a, la salud o beneficios médicos, el desempleo o beneficios de incapacidad, beneficios de Seguridad Social (incapacidad de Seguridad Social, los ingresos Suplementarios de la Seguridad, y/o la jubilación, inclusive el apoyar registros médicos y/o mentales de salud), y beneficios de Veterano. Yo también doy permiso para divulgar los impuestos federales y estatales, incluyendo los servicios de impuestos, para el propósito de verificar los ingresos. Yo por la presente renuncio a todos los privilegios legales a cualquiera de esta información necesaria por el CalVCP con respecto a mi reclamo.

Entiendo que una fotocopia o el fax de este formulario firmado son tan válidos como el original, y mi firma da permiso para divulgar toda la información especificada.

Entiendo que el CalVCP o sus representantes pueden perseguir la restitución por parte del ofensor condenado en este asunto para recuperar el dinero pagado a mí por el CalVCP y por eso completando esta aplicación yo he autorizado el uso de información en esta aplicación y subsiguientes reclamos a perseguir restitución del ofensor condenado.

Para verificar o procesar esta aplicación, yo entiendo que el CalVCP o sus representantes pueden proporcionar información sobre esta aplicación, y la información contenida en esta solicitud, a cualquier representante nombrado en esta aplicación, agencia de gobierno, o proveedor de asistencia médica u otros servicios, y puede pagar al proveedor directamente si el pago de estos servicios es aprobado.

Estoy de acuerdo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe ser por escrito. La revocación tomará efecto cuando el CalVCP la reciba, pero puedo ser considerado inelegible para beneficios de CalVCP una vez que la revocación es recibida por el CalVCP. Sin embargo, ningún proveedor de asistencia médica puede condicionar el tratamiento, el pago, la matriculación ni la elegibilidad para beneficios si firmo esta autorización. Tengo derecho a una copia de esta autorización excepto en circunstancias limitadas. Estoy de acuerdo que la información que se redivulgará bajo esta autorización puede ser divulgada por el recipiente según exige la ley y esta divulgación ya no puede ser protegida por leyes federales o la ley del estado.

Estoy de acuerdo que las autorizaciones y acuerdos expirarán en diez (10) años después de la fecha de mi firma en este formulario.

Firmado:	Fecha:
-----------------	---------------

(El padre o guardián debe firmar si la víctima es menor de edad o está incapacitada.)

Sección 13 Mi acuerdo con el Programa de Compensación para Víctimas de California

Como es requerido por la ley de California, me pondré en contacto y pagaré al Programa de Compensación para Víctimas de California (CalVCP) si yo, o cualquier persona en mi nombre, recibe los pagos por parte del delincuente, una demanda civil, una póliza de seguro, o cualquier otro gobierno o entidad privada, por las pérdidas sufridas como resultado directo del crimen que fue la base para la recepción de los beneficios de CalVCP, en la cantidad de los beneficios totales otorgados por el Programa. Entiendo que puedo ser responsable de pagar cualquier cantidad al CalVCP por la que se determinó más tarde que yo no era elegible. Voy a notificar al CalVCP si contrato a un abogado que me represente en cualquier acción relacionada con este crimen, o si ejerzo cualquier acción por mi cuenta.

Cualquier dinero que reciba de CalVCP para mudanza o gastos de traslado, mejorar la seguridad en el hogar, o para la modificación de una casa o un vehículo para una víctima con discapacidad, sólo se utilizará para esos fines. Si soy víctima de violencia doméstica recibiendo dinero para mudarme / trasladarme, no se lo diré al delincuente ni le daré la dirección de mi casa ni permitiré que el delincuente esté en las instalaciones en cualquier momento, o buscaré una orden de restricción contra el ofensor.

En el caso de que sea compensada alguna pérdida pecuniaria por el Programa de Compensación para Víctimas de California y posteriormente el Estado de California recibe una compensación por la misma pérdida en mi beneficio de parte del perpetrador (inclusivo cualquier dinero recibido a través de una orden de restitución) o de cualquier otra fuente, por la presente cedo a la Compensación de Víctimas y Junta de Reclamaciones del Gobierno todos los derechos a la indemnización duplicada.

Declaro bajo pena de perjurio según las leyes del Estado de California, que toda la información que he proporcionado es verdadera, correcta y completa a mi mejor saber y entender. Yo entiendo que se puede encontrar que no es elegible para los beneficios, y que se pueden tomar medidas para recuperar los beneficios que recibo si doy información falsa, incompleta intencionalmente, o engañosa.

Firmado:	Fecha:
-----------------	---------------

(El padre o guardián debe firmar si la víctima es menor de edad o está incapacitada. Los trabajadores sociales del Condado deben revisar la Sección 13a.)

Nombre en letras de imprenta:

Sección 13a Solo para los trabajadores sociales del Condado

Como es requerido por la ley de California, me pondré en contacto e informaré al Programa de Compensación de Víctimas de California (CalVCP) si me entero de que el demandante recibe pagos por parte del delincuente, de una demanda civil, de una póliza de seguro, o de cualquier otro gobierno o entidad privada, por las pérdidas sufridas como resultado directo del crimen que fue la base para la recepción de los beneficios de CalVCP.

Declaro bajo pena de perjurio según las leyes del Estado de California, que toda la información que he proporcionado es verdadera, correcta y completa a mi mejor saber y entender. Yo entiendo que el solicitante puede no ser elegible para los beneficios, y que se pueden tomar medidas para recuperar los beneficios que el solicitante recibe si proporciona información que es falsa, incompleta intencionalmente, o engañosa.

Firmado:	Fecha:
-----------------	---------------

Nombre en letras de imprenta:

Envíe la solicitud completada por correo a:
California Victim Compensation Program
PO Box 3036, Sacramento, CA 95812-3036

- 0 -

entregue en su **Centro de Asistencia para Víctimas**

Para más información llame al:

1-800-777-9229

Si tiene problemas para escuchar, por favor llame al Servicio de Retransmisión de California (California Relay System) al (711)

Aviso de privacidad para la recopilación de información

1. VCGCB recopila esta información con base en los artículos 13952 et seq. y 13954 del Código del Gobierno de California (California Government Code).
2. Toda la información que se recopile de este sitio está sujeta, sin limitarse, a la Ley de Prácticas sobre la Información (Information Practices Act). Consulte <http://vcgcb.ca.gov/media/pra.aspx>.
3. Esta información se recopila con el fin de determinar la elegibilidad para la compensación.
4. VCGCB puede divulgar su información personal a otra persona que la solicite solo si la ley lo exige o en buena fe si dicha medida es necesaria para:
 - a. cumplir con los edictos de la ley o con el proceso legal notificado a VCGCB o el sitio;
 - b. proteger y defender los derechos o la propiedad de VCGCB; y,
 - c. actuar bajo circunstancias exigentes para proteger la seguridad personal de los usuarios de VCGCB, o del público.
5. Las personas proporcionarán solo la información solicitada.
6. La información proporcionada es obligatoria.
7. Las consecuencias de no proporcionar la información solicitada podrían dar como resultado la denegación de su solicitud.
8. Usted tiene el derecho a acceder los expedientes que contienen la información personal que usted proporcionó.
9. La información recogida es usada por el Programa de Compensación para Víctimas de California.
10. Para cualquier pregunta acerca de la información recogida, escriba a la siguiente dirección: PO Box 48, Sacramento, CA 95812, o por correo electrónico al info@vcgcb.ca.gov; llame al (800) 777-9229, o comuníquese con el Coordinador de Privacidad del VCGCB en InfoSecurityandPrivacy@vcgcb.ca.gov.
11. Para información adicional acerca de la privacidad, vea el Aviso de Privacidad de VCGCB en <http://vcgcb.ca.gov/privacy.aspx>.
12. Para información acerca de la seguridad de la información del consumidor, visite <https://oag.ca.gov/privacy/online-privacy>.