

# Dependent or Family Member Application

## Solicitud Para Dependes o Miembros de la Familia

Please complete sections 1-12 to the best of your ability / Complete por favor las secciones 1-12 a lo mejor de su habilidad:

Primary App ID (Claim Number):

### Section 1 Victim Information / Información de la Víctima

#### Crime Victim Information / Información de la Víctima: ( Person who was injured / La persona que sostuvo la herida )

Claim Number:

|  |                                  |                  |
|--|----------------------------------|------------------|
| First Name / Primer Nombre:  | Middle / Inicial:                | Last / Apellido: |
| Date of Birth / Fecha de nacimiento:<br>Month / Mes      Day / Día      Year / Año | Social Security / Seguro Social: |                  |

### Section 2 Personal Information / Información Personal

If you are an adult completing this application, please enter your personal information:  
Si usted es un adulto que completa esta aplicación, entra por favor su información personal:

|  |   |                              |                 |   |
|--|---|------------------------------|-----------------|---|
| First Name / Primer Nombre:  | Middle / Inicial:                                       | Last / Apellido:             |                 |   |
| Mailing Address / Domicilio:   | Apt / Unidad:   | City / Ciudad:               | State / Estado: | Zip / Zona:   |
| Home Telephone / Teléfono del día:<br>(      )   | Work Telephone / Teléfono del trabajo:<br>(      )      | Cell / Celular:<br>(      )  |                 |   |
| Date of Birth / Fecha de nacimiento:<br>Month / Mes      Day / Día      Year / Año   | Social Security / Seguro Social:                        | E-Mail / Correo electrónico: |                 |   |
| Gender / Género:<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F  | Your relationship to victim / Su relación a la víctima: |                              |                 |   |
| From the date of the crime to the present, have <b>you</b> been in prison, on probation, or on parole because of a felony?<br>¿Desde el crimen, <b>usted</b> ha estado en la prisión, en libertad vigilada, o en libertad condicional por una felonía? |   |                              |                 | <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No |

**If you are requesting help for a minor (someone under the age of 18) or an incapacitated adult, please enter that person's personal information / Si usted solicita ayuda para un menor (alguien bajo la edad de 18) o un adulto incapacitado, indique por favor la información personal de la persona.**

|   |   |   |                 |   |
|---|---|---|-----------------|---|
| First Name / Primer Nombre:   | Middle / Inicial:   | Last / Apellido:  |                 |   |
| Mailing Address / Domicilio:  | Apt / Unidad:   | City / Ciudad:  | State / Estado: | Zip / Zona:   |
| Date of Birth / Fecha de nacimiento:<br>Month / Mes      Day / Día      Year / Año  | Social Security / Seguro Social:  | Gender / Género:<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |                 |   |
| Relationship to victim / Relación a la víctima:   | Relationship to adult completing this application / Relación al adulto completando la aplicación: |   |                 |   |
| From the date of the crime to the present, has the <b>minor</b> been in prison, on probation, or on parole because of a felony?<br>¿Desde el crimen, el/la <b>menor</b> ha estado en la prisión, en libertad vigilada, o en libertad condicional por una felonía? |   |   |                 | <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No |

### Section 3 Representative Information / Información del Representante

**List your Victim Witness Assistance Center, attorney, or other representative, if you have one. A representative is not required in order to apply. / Víctima Testigo Centro de Asistencia, abogado, u otro, si tiene un representante. Un representante no es requerido para aplicar.**

|   |   |                                   |             |
|---|---|-----------------------------------|-------------|
| First Name / Primer Nombre:   | Last / Apellido:                                      | Telephone / Teléfono:<br>(      ) |             |
| Mailing Address / Domicilio:  | City / Ciudad:  | State / Estado:                   | Zip / Zona: |
| Relationship to victim / Relación a la víctima:   | Representative's signature / Firma del representante: | Date / Fecha:                     |             |
| Victim Witness Center Name and No / Víctima Testigo Centro de Asistencia:   |   |                                   |             |
| <b>For Attorneys Only / Soló Para Abogados:</b> Are you requesting payment pursuant to Government Code Section 13957.7(g)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |   |                                   |             |
| State Bar No :  | Federal Tax ID:                                       |                                   |             |

## Section 4 Crime Information / Información Sobre el Crimen

|   |   |
|---|---|
| Name of law enforcement agency the crime was reported to / Nombre de la agencia policial, CPS, o agencia a quién se le reportó el crimen:<br>(includes child protective services) |   |
| Date of crime / Fecha del crimen:   | Crime Report No / Número Reporte de Crimen: |

Person(s) who committed the crime (suspect), if known / Persona(s) que cometió el crimen (sospechoso), si es conocido:

|                             |                   |                  |
|-----------------------------|-------------------|------------------|
| First Name / Primer Nombre: | Middle / Inicial: | Last / Apellido: |
|-----------------------------|-------------------|------------------|

## Section 5 Information About Your Expenses / Información Sobre Sus Pérdidas

✓ Check the **crime related** expenses/losses for which you are seeking compensation from the Victim Compensation Program. You must attempt to recover your losses from any/all other source(s). / Marque los gastos/pérdidas por los cuales está buscando compensación del Programa de Compensación a la Víctima. Debe tratar de recuperar sus pérdidas de cualquier y todo otro

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mental health treatment or counseling<br>Asesoramiento o tratamiento para la salud mental                                       | <input type="checkbox"/> Loss of support, for dependents of a deceased or disabled victim<br>Ayuda para dependientes de una víctima fallecida o incapacitada |
| <input type="checkbox"/> Wage loss (Up to 30 days if a minor dies or is hospitalized)<br>Pérdida de ingresos, si resulta fuera del trabajo por el crimen | <input type="checkbox"/> Other / Otra: _____   |

If you do not yet have any crime related expenses and don't expect any soon, please complete the application, check the box below, and mail it in; however it may not be processed until you submit expenses.  
Si usted no tiene gastos todavía y no espera ningún gasto pronto, completar la aplicación por favor, marque la caja, y mandarla; aunque no sera procesada hasta que usted someta sus gastos.

If you have no expenses now, but expect to have expenses in the near future, check the box below and we will immediately process your application / Si usted no tiene gastos ahora pero espera contraer gastos en el futuro, marque la caja y procesaremos su aplicación.

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> I do not have expenses at this time.<br>Yo no tengo gastos en este momento. | <input type="checkbox"/> I will have expenses soon, please let me know if I qualify for compensation.<br>Tendré los gastos pronto, permítame saber si califico para la compensación. |
|--|--|

**If you have expenses now, list hospitals, counselors, funeral homes, or other bills.**

**Si usted tiene gastos ahora, liste los hospitales, los consejeros, las funerarias, u otras cuentas.**

(Please attach copies of any crime related bills / Por favor mandar copias de cuentas relacionadas del crimen junto de esta solicitud)

|                |                             |                |                 |             |                              |
|----------------|-----------------------------|----------------|-----------------|-------------|------------------------------|
| Name / Nombre: | Street Address / Domicilio: | City / Ciudad: | State / Estado: | Zip / Zona: | Telephone / Teléfono:<br>( ) |
|                |                             |                |                 |             |                              |

## Section 6 Insurance Information / Información de Reembolso (Recuperación)

✓ Please check all available sources that could be applied to your claim. List insurance contact information below or on an additional sheet. / Por favor marque todas las fuentes disponibles que podría ser aplicada a su reclamo. Si marco alguna caja indique la información en la siguientes líneas. Si necesita más lugar puede adjuntar otra oja.

|  |                                   |                                   |                               |  |   |  |   |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Health<br>Salud               | <input type="checkbox"/> Medi-Cal | <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Auto | <input type="checkbox"/> Workers' Compensation<br>Compensación Laboral | <input type="checkbox"/> Homeowners/Renters<br>Dueño de casa/alquilador | <input type="checkbox"/> None<br>Ninguno | <input type="checkbox"/> Other<br>Otro: _____ |
| Insurance Company Name / Nombre de compañía de seguro: |                                   |                                   |                               |  |   |  |   |
| Mailing Address / Domicilio:                           |                                   |                                   |                               | City / Ciudad:   |   | State / Estado:                          | Zip / Zona:                                   |
| Policy Number / Número de Póliza:                      |                                   |                                   |                               | Telephone / Teléfono:<br>( )   |   |  |   |
| Name of Insured / Nombre del asegurado:                |                                   |                                   |                               | Social Security of Insured / Seguro Social del asegurado:              |   |  |   |

Have you filed an insurance claim related to this crime?

¿Ha entablado una acción de seguro relacionado a éste crimen?

Yes / Sí  No  Undecided / No me he decidido

## Section 7 Civil Suit Information / Información de una Demanda Civil

Have you filed a civil suit related to this crime?  Yes / Sí  No  Undecided / No me he decidido  
 ¿Ha entablado una demanda civil relacionado a éste crimen?

|                                       |                |                                  |             |
|---------------------------------------|----------------|----------------------------------|-------------|
| Attorney's Name / Nombre del abogado: |                | Telephone / Teléfono:<br>(     ) |             |
| Mailing Address / Domicilio:          | City / Ciudad: | State / Estado:                  | Zip / Zona: |

## Section 8 Employment Information / Información del Empleador

Employer's Business Name / Nombre de la empresa del empleador:

### Contact Person / Persona para contactar:

|                             |                |                       |             |
|-----------------------------|----------------|-----------------------|-------------|
| Name / Nombre:              |                | Telephone / Teléfono: |             |
| Street Address / Domicilio: | City / Ciudad: | State / Estado:       | Zip / Zona: |

## Section 9 How did you find out about the Program? / ¿Cómo se enteró del Pro-

|   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Law Enforcement<br>Policía               | <input type="checkbox"/> Children's Protective Services<br>Servicios de Protección a Menores              | <input type="checkbox"/> Mental Health Provider<br>Proveedor de la Salud Mental                     |
| <input type="checkbox"/> District Attorney<br>Fiscal del Distrito | <input type="checkbox"/> Adult Protective Services<br>Servicios de Protección para Adultos                | <input type="checkbox"/> Victim Witness Assistance Center<br>Centro de Asistencia a Víctima Testigo |
| <input type="checkbox"/> Medical Provider<br>Proveedor medico     | <input type="checkbox"/> Media (TV, Radio, Newspaper, etc.)<br>Medio de prensa/TV, radio, periódico, etc. | <input type="checkbox"/> Other / Otro: _____  |

## Section 10 Federal Reporting Information / Información de Reportaje Federal

The following **voluntary** information is used for statistical purposes only to comply with federal regulations:  
 La siguiente información **voluntaria** se usa solo para estadísticas y solamente para cumplir con las normas federales:

Is the victim disabled? / ¿La víctima está incapacitada?  Yes / Sí  No  
 Was the victim disabled prior to the date of the crime?  Yes / Sí  No  
 ¿La víctima estaba incapacitada antes de la fecha del crimen?

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Ethnicity of victim :</b><br><b>Etnicidad de la víctima :</b> | <input type="checkbox"/> African American / Afro Americana | <input type="checkbox"/> Asian, Pacific Islander / Islas de Pacífico, Asia |
| <input type="checkbox"/> Caucasian / Caucásica                   | <input type="checkbox"/> Hispanic / Hispáno                | <input type="checkbox"/> Other / Otra: _____                               |
| <input type="checkbox"/> Native American / Americano Nativo      |  |  |

\* Please sign and date sections 11-12 on page 4 and mail to / Favor de poner la fecha y firmar secciones 11-12 en pagina 4 y:

**Victim Compensation & Government Claims Board**  
**PO Box 3036**  
**Sacramento, CA 95812-3036**  
 or deliver to your local  
**Victim Witness Assistance Center**  
 o entrega a su  
**Centro local del Víctima y Testigo**

For more information call / Para más información, llame:

**1.800.777.9229**  
**www.victimcompensation.ca.gov**

**Hearing impaired, please call the California Relay Service (711)**  
**Si tiene problemas para escuchar puede llamar al**  
**servicio Retransmisión de California (711)**

*Helping California Crime Victims Since 1965*

**Section 11 Information Release / Divulgación de Información**

(Board Use Only) Claim No.

Name:

I give permission to any hospital, clinic, doctor, dentist, or mental health provider; any funeral director or similar person; any employer; any police or governmental agency, including the Department of Justice, the State Franchise Tax Board, and the Federal Internal Revenue Service; any insurance company; or any other person or agency to provide information relating to this application, including medical, mental health, and felony conviction records to the Victim Compensation Program or its representatives. I understand the information will be used to determine compensation benefits, and only information needed to make a decision about compensation will be requested by the Victim Compensation Program.

I understand a photocopy or FAX (facsimile) of this signed form is as valid as the original, and my signature gives permission for the release of all information specified in this permission form.

I understand the Victim Compensation Program or its representatives may pursue restitution from the convicted offender in this matter to recover monies paid to me on my behalf by the Program and that by filing this application I have authorized the program to use information contained in this application and subsequent claim files to pursue restitution from the convicted offender.

I agree that the Victim Compensation Program or its representatives may provide information about this application to any representative named on this application, governmental agency, or any medical, dental, mental health, or funeral and/or burial provider of services, and may pay the provider directly if payment of these services is approved.

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California (*Penal Code Sections 72, 118, and 129*) that I have read all the questions and the completed application, and to the best of my information and belief, all my answers are true, correct, and complete. I further understand if I have provided any information that is false, intentionally incomplete, or misleading, I may be found liable under *Government Code Section 12651* for filing a false claim and/or found guilty of a misdemeanor or felony, punishable by six months or more in the county jail, up to four years in state prison, and/or fined up to ten thousand dollars (\$10,000).

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 del gobierno o policial, incluyendo el Dept. de Justicia, 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, de salud mental, y de condenas de felonías, al Programa de Compensación a la Víctima o sus representantes. Entiendo que la información se usará para determinar beneficios compensatorios, y el Programa solamente solicitará la información necesaria para decidir si compensar a la persona.

Entiendo que una fotocopia o FAX de este formulario firmado es tan válida como la original, y que mi firma da permiso para divulgar toda la información especificada en este formulario de autorización.

Entiendo que el Programa de Compensación a la Víctima o sus representantes puede tratar de conseguir restitución por parte del ofensor condenado en este caso para recuperar dinero que el programa haya pagado en mi nombre, y que al presentar esta solicitud he autorizado al programa para usar la información contenida en esta solicitud y otros reclamos posteriores con el fin de obtener restitución del ofensor condenado.

Estoy de acuerdo con que el Programa de Compensación a la Víctima o sus representantes le provean información sobre esta solicitud a cualquier representante nombrado en la misma, agencia gubernamental, o cualquier proveedor de servicios médicos, dentales, funerales o de entierro, y le podrán pagar al proveedor directamente si se fuera a aprobar pago de estos servicios.

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California (*Código Penal Secciones 72, 118, y 129*) que he leído todas las preguntas y la solicitud completada, y que según mi leal saber e información, todas mis respuestas son verídicas, correctas, y completas. También entiendo que si he incluido cualquier información que sea falsa, incompleta intencionalmente, o engañosa, me podrían encontrar responsable bajo el *Código del Gobierno Sección 12651* por presentar un reclamo falso y/o encontrarme culpable de un crimen menor o mayor, castigable por seis meses o más en la cárcel del condado, hasta cuatro años en la prisión estatal, y/o ser multado hasta diez mil dólares (\$10,000).

**Signed / Firma:**

**Date / Fecha:**

(Parent or guardian must sign if victim is a minor or incapacitated.) / (Debe firmar el padre o guardián si la víctima es un menor o está incapacitada.)

**Section 12 My Promise to the Program / Mi Promesa al Programa**

As required by California law, I will contact and repay the Victim Compensation Program if I receive any payments from the offender, a civil lawsuit, an insurance policy, or any other government or private agency to cover expenses for which I have already received payment from this Program. I understand I may be responsible for repaying the Victim Compensation Program any amount for which it is later determined that I was not eligible. I will notify the Victim Compensation Program if I hire an attorney to represent me in any action related to this crime or if I pursue any action on my own.

Any money I receive from the Victim Compensation Program for moving/relocation expenses, improving home security, or for modifying a home or vehicle for a disabled victim will be used only for those purposes. If I am a victim of domestic violence receiving moving/relocation expenses, I will not tell the offender my home address nor allow the offender on the premises at any time, or I will seek a restraining order against the offender.

In the event that I am compensated for any pecuniary loss by the Victim Compensation Program and the State of California subsequently receives compensation for the same loss on my behalf from the perpetrator (including any monies received through a restitution order) or from any other source, I hereby assign to the Victim Compensation and Government Claims Board any and all rights to such duplicate compensation.

Como lo requiere la ley de California, me pondré en contacto con el Programa de Compensación a la Víctima y le reembolsaré sus gastos si fuera a recibir cualquier pago de parte del ofensor, una demanda civil, póliza de seguro, o cualquier otra agencia del gobierno o privada en pago de los gastos por los cuales ya recibí pago por parte de este Programa. Entiendo que podría ser responsable de reembolsarle al Programa de Compensación a la Víctima cualquier cantidad que me hayan dado si se fuera a determinar posteriormente que no calificaba para dicha cantidad. Notificaré al Programa de Compensación a la Víctima si contrato a un abogado para representarme en cualquier acción relacionada con este crimen, o si fuera a llevar a cabo una acción por mi cuenta.

Cualquier dinero que reciba del Programa de Compensación a la Víctima para gastos de mudanza/traslado, mejorar el sistema de seguridad en el hogar, o para modificar una casa o vehículo para una víctima incapacitada se usará solamente para eso. Si soy víctima de violencia doméstica recibiendo dinero para mudarme/trasladarme, no le daré al ofensor mi domicilio, ni le permitiré que entre en mi propiedad en ningún momento, sino, pediré una orden de restricción en contra de él/ella.

En caso de que sea compensada alguna pérdida pecuniaria por el Programa de la Compensación de Víctimas y el Estado de California recibe subsiguientemente compensación para la misma pérdida en mi beneficio del perpetrado (inclusivo cualquier dinero recibido por una orden de la restitución) o de cualquier otra fuente, yo por el presente asigno el Programa de Víctimas y Testigos y Reclamos del Gobierno abor-dar cualquier y todo bien a tal compensación del duplicado.

**Signed / Firma:**

**Date / Fecha:**

(Parent or guardian must sign if victim is a minor or incapacitated.) / (Debe firmar el padre o guardián si la víctima es un menor o está incapacitada.)

Printed Name / Nombre Escrito: