

Programa de Compensación de Esterilización Forzada o Involuntaria



Formulario de Declaración de Esterilización VCB-31-10011 (Rev. 03/2022)

***Requerido**

*Nombre Legal Completo: _____ *Fecha: _____
Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido *MM / DD / AAAA*

Numero de Solicitud: _____

Yo, _____, por la presente hago la siguiente declaración con respecto a mi esterilización o sospecha de esterilización como residente de, o en, un hospital estatal, hogar o institución administrada por el Departamento de Hospitales Estatales de California o el Departamento de Servicios de Desarrollo de California o mientras bajo custodia en una prisión estatal u otra institución correccional administrada por el Departamento de Corrección y Rehabilitación de California:

Yo declaro bajo pena de perjurio que la información en la declaración anterior, junto con cualquier página adjunta, es verdadera a lo mejor de mi conocimiento o creencia.

Solicitante

*Nombre Impreso: _____
Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido

*Firma: _____ *Fecha: _____
MM / DD / AAAA

Representante Legal Autorizado(a) (si es aplicable):

Nombre Impreso: _____
Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido

Firma: _____ Fecha: _____
MM / DD / AAAA

Envíe el formulario completo e información adicional o documentación por correo, correo electrónico o fax

a: California Victim Compensation Board
c/o Forced or Involuntary Sterilization Compensation Program
P.O. Box 591, Sacramento, CA 95812-0591
Correo electrónico: FISCPC@victims.ca.gov | Fax: 916-491-6429

Para más información:

1-800-777-9229 | Personas con discapacidad auditiva, llame al Servicio de Retransmisión de California (711)
Nuestra Unidad de Atención al Cliente está disponible lunes a viernes entre las horas de 8 a.m. y 5 p.m.