

Solicitud del Programa de Compensación por Esterilización Forzada o Involuntaria

VCB-31-10002b (Rev. 04/2022)



***Requerido**

Sección 1: Información del reclamante y del representante

Idioma preferido

*Hablado: _____ *Escrito: _____

Información del/la reclamante (*individuo sometido a esterilización forzada o involuntaria*)

*Nombre legal completo: _____
Primero, Medio, Último

*Dirección postal: _____ Número y nombre de la calle o apartado de correos

Dirección 2 (Apartamento o Unidad #)

Ciudad, Estado, Código postal

*Fecha de nacimiento: _____
MM / DD / AAAA

*NSS: _____
_____ Sin número de Seguro Social

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿Está el/la reclamante actualmente bajo la custodia del Departamento de Correcciones y Rehabilitación (CDCR)?

_____ No _____ Sí. En caso afirmativo, proporcione el nombre completo del/la reclamante (*si es diferente al anterior*) junto con el número de identificación de CDCR, la unidad de vivienda y el número de celda.

Nombre completo: _____
Primero, Medio, Último

Número CDCR: _____

Unidad de Vivienda: _____ Número de celda: _____

Representante legalmente autorizado del/la reclamante (*si corresponde*)

Si un Representante Legalmente Autorizado presenta esta solicitud en nombre del/la reclamante, el representante debe completar toda la sección a continuación y adjuntar prueba de designación.

Nombre completo: _____
Primero, Medio, Último

Nombre de la agencia (*si corresponde*): _____

Tipo de agencia (*si corresponde*): _____ Relación con el/la reclamante: _____

Dirección postal: _____
Número y nombre de la calle o apartado de correos

Dirección 2 (Apartamento o Unidad #)

Ciudad, Estado, Código postal

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Sección 2: Detalles del procedimiento de esterilización

Por favor complete esta información a su leal saber y entender.

El/la reclamante fue esterilizado o sospecha esterilización

_____ Como residente de, o en, un hospital, hogar o institución estatal administrado por el Departamento de Hospitales Estatales de California o el Departamento de Servicios de Desarrollo de California.

Nombre de la instalación: _____

_____ Mientras está bajo custodia en una prisión estatal u otro centro correccional administrado por el Departamento de Correcciones y Rehabilitación de California.

Nombre de la instalación: _____

_____ Otros (*especifíquese*): _____

Nombre del/la reclamante en el momento de la esterilización, o sospecha de esterilización

Nombre completo: _____

De soltera, alias u otro nombre(s): _____

Nombre de la instalación donde ocurrió el procedimiento de esterilización (*si es diferente de lo anterior*):

_____ No estoy seguro/a del nombre de la instalación

Fecha de esterilización: _____ Edad en el momento de la esterilización: _____
MM/DD/AAAA

Procedimiento/Tipo de esterilización: _____

Sección 3: Designación de Fideicomiso o Beneficiario

Si el/la reclamante desea identificar un fideicomiso o designar un beneficiario, complete esta sección. De lo contrario, proceda a la Sección 4.

_____ **DESIGNACIÓN DE FIDEICOMISO:** Un reclamante puede asignar una compensación a un fideicomiso establecido para el beneficio del/la reclamante. Toda esta sección debe completarse y el fideicomiso completamente ejecutado debe presentarse para que se pague la compensación al fideicomiso.

Nombre legal completo del fideicomiso: _____ Fecha del fideicomiso: _____
MM/DD/AAAA

Número de identificación fiscal: _____

Nombre del fideicomisario(s): _____

Dirección postal: _____

Número y nombre de la calle o apartado de correos

Dirección 2 (Apartamento o Unidad #)

Ciudad, Estado, Código postal

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

_____ **DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO:** Un reclamante puede designar a un beneficiario para que reciba la indemnización del/la reclamante. Toda la información del beneficiario debe completarse para que se pague una compensación al beneficiario en caso de fallecimiento de un reclamante calificado.

Nombre legal completo del beneficiario: _____ Fecha de nacimiento: _____
Primero, Medio, Último *MM/DD/AAAA*

Número de Seguro Social: _____ Relación: _____

Dirección postal: _____
Número y nombre de la calle o apartado de correos

Dirección 2 (Apartamento o Unidad #)

Ciudad, Estado, Código postal

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Sección 4: Documentos de apoyo

_____ **Marque la casilla de verificación si se incluyen documentos de respaldo con esta solicitud.**

La documentación puede incluir, pero no se limita a:

- Documentación de la esterilización
- Recomendación de esterilización
- Formularios de consentimiento quirúrgico
- Registros judiciales o institucionales relevantes
- Una declaración firmada por el/la reclamante, el médico del/la reclamante u otra persona con conocimiento de la esterilización
- Cualquier otra documentación que respalde la solicitud

Sección 5: Información demográfica voluntaria

La siguiente información voluntaria se utiliza con fines estadísticos para cumplir con el estatuto estatal. Si decide no proporcionar esta información, proceda a la Sección 6.

Edad actual del/la reclamante: _____

_____ Casilla de verificación si el/la reclamante es una persona con una discapacidad

Etnicidad (*marque sólo una*)

_____ Origen hispano, latino o español _____ No es de origen hispano, latino o español

Raza (*marque uno o más*)

_____ Indio Americano/Nativo de Alaska _____ Asiático _____ Negro/Afroamericano

_____ Chino _____ Chamorro _____ Filipino _____ Indio _____ Japonés

_____ Coreano _____ Hawaiano nativo _____ Samoano _____ Vietnamita _____ Blanco

_____ Otros asiáticos o isleños del Pacífico (*especifíquese*): _____

_____ Otros (*especifíquese*): _____

Género

Hembra Masculino Transgénero

Otros (*especifíquese*): _____

Orientación sexual

Heterosexual Gay o Lesbiana Bisexual

Otros (*especifíquese*): _____

Sección 6: Información de divulgación voluntaria

La siguiente información voluntaria se utiliza con fines estadísticos y para evaluar la eficacia de los esfuerzos de divulgación. Si decide no proporcionar esta información, proceda a la Sección 7.

¿Cómo se enteró de este programa?

Departamento de Correcciones y Rehabilitación Aplicación de la ley

Proveedor Médico Proveedor de salud mental

Oficina de Libertad Temprana o Libertad Condicional Redes sociales

Junta de Compensación de Víctimas Otros medios (reportajes, radio, etc.)

Organización basada en la comunidad

Otros (*especifíquese*): _____

*Sección 7: Formulario de registro de datos del beneficiario de California (STD. 204)

Este formulario es requerido para cualquier persona que entrar en una transacción pueda que pueda llevar a un pago del estado.

*El formulario de Registro de Datos del Beneficiario de California (STD. 204) se incluye con esta solicitud.

*Sección 8: Divulgación de información, acuerdo de compensación y firma

Por favor, lea atentamente la página siguiente, firme y la fecha, y envíe por correo, correo electrónico o fax a la dirección indicada. CalVCB le enviará por correo una carta confirmando que su solicitud ha sido recibida. Un representante de CalVCB se comunicará con usted para obtener información adicional, si es necesario, para completar el procesamiento de su solicitud.

Doy permiso a cualquier agencia gubernamental, incluido el Departamento de Hospitales Estatales de California, el Departamento de Servicios de Desarrollo de California, el Receptor Federal, los Servicios de Atención Médica Correccional de California, el Departamento de Correcciones y Rehabilitación de California y todas sus instalaciones o instituciones, o cualquier otra persona o agencia, para proporcionar información relacionada con esta solicitud, incluida la documentación médica, y también incluyendo, pero no limitado a, registros históricos o físicos, informes de consulta, informes de patología, resúmenes de alta, informes operativos, radiografías y otros informes de radiología, informes de laboratorio, notas de gráficos o informes narrativos a la Junta de Compensación de Víctimas de California (CalVCB) o sus representantes, con el fin de

determinar la elegibilidad para la compensación de CalVCB. Por la presente, renuncio a todos los privilegios legales sobre cualquiera de esta información adquirida por CalVCB con respecto a mi reclamación.

Acuerdo que una fotocopia, versión electrónica o fax de este formulario firmado es tan válida como el original, y mi firma da permiso para la divulgación de toda la información especificada.

Para verificar o procesar esta solicitud, acuerdo que CalVCB o sus representantes puedan proporcionar información sobre esta solicitud, y la información contenida en esta solicitud, a cualquier representante nombrado en esta solicitud, agencia gubernamental o proveedor de atención médica u otro proveedor de servicios.

Entiendo y reconozco que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe ser por escrito. La revocación entrará en vigencia cuando CalVCB la reciba, pero puedo ser considerado/a no elegible para compensación a través del Programa de Compensación de Esterilización Forzada o Involuntaria de CalVCB una vez que CalVCB reciba la revocación. Tengo derecho a una copia de esta autorización, excepto en circunstancias limitadas. Acuerdo que la información divulgada bajo esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario según lo exija la ley y esta redivulgación ya no puede estar protegida por la ley federal o estatal.

Acuerdo que las autorizaciones y acuerdos aquí presentes se vencerán con el vencimiento del Programa de Compensación por Esterilización Forzada o Involuntaria.

Entiendo que si muero durante la tramitación de la solicitud, o antes de que la junta determine que soy un beneficiario calificado, y no nombro un fideicomiso o beneficiario, la compensación del beneficiario elegible permanecerá con la junta por gastos de acuerdo con la subdivisión (b) de la Sección 24213 del Código de Salud y Seguridad de California.

Reclamante

*Nombre impreso: _____
Primero, Medio, Último

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

Representante Legal Autorizado (si corresponde):

Nombre impreso: _____
Primero, Medio, Último

Firma: _____ Fecha: _____
MM/DD/AAAA

Envíe formulario completo por correo postal, correo electrónico o fax a:

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

Para más información:

1-800-777-9229 | Si tiene discapacidad auditiva, llame al Servicio de Retransmisión de California (711)