

Programa de Compensación por Esterilización Forzada o Involuntaria

Instrucciones de solicitud (Rev. 04/2022) [SP]

La Solicitud del Programa de Compensación por Esterilización Forzada o Involuntaria de la Junta de Compensación de Víctimas de California (CaIVCB) se compone de cinco páginas. Para completar la solicitud, siga las instrucciones a continuación.

Sección 1: Información del reclamante y del representante

Idioma preferido del reclamante – Seleccione el idioma hablado y escrito preferido para las comunicaciones hacia y desde CaIVCB. El idioma seleccionado aquí se aplicará a todas las comunicaciones futuras. Si no se elige ningún idioma, las comunicaciones futuras serán en inglés.

Información del reclamante – Incluya toda la información solicitada sobre la persona que solicita una compensación como sobreviviente de esterilización forzada o involuntaria. Proporcione un Número de Seguro Social si tiene uno. Si no tiene uno, marque Sin número de seguro social.

Si el reclamante se encuentra actualmente bajo la custodia del Departamento de Correcciones y Rehabilitación de California (CDCR), incluya el nombre completo del reclamante mientras está bajo custodia (si es diferente de nombre legal), junto con su número de identificación de recluso CDCR, unidad de vivienda y número de celda.

Información del representante legalmente autorizado – Incluya toda la información solicitada sobre la persona que solicita en nombre de un sobreviviente de esterilización forzada o involuntaria, incluida la documentación que demuestre que el representante es el representante legalmente autorizado del reclamante.

Sección 2: Detalles del procedimiento de esterilización

Sírvase proporcionar toda la información posible sobre la esterilización, incluido el nombre del reclamante en el momento de la esterilización e información sobre cuándo y dónde se produjo la esterilización. La información proporcionada aquí ayudará a CaIVCB a obtener documentación que pueda establecer la elegibilidad.

Sección 3: Designación de fideicomiso o beneficiario

Si el reclamante desea identificar un fideicomiso o designar un beneficiario, por favor complete la Sección 3: Información de fideicomiso o designación de beneficiario y adjunte cualquier documentación requerida. Si el reclamante no desea asignar un fideicomiso o beneficiario, entonces continúe con la Sección 4.

Asignación de una designación de fideicomiso: Los reclamantes deben completar e incluir una copia del fideicomiso completamente ejecutado.

Asignación de un beneficiario: Los reclamantes deben incluir el nombre, la dirección, el número de teléfono, el número de Seguro Social, la fecha de nacimiento y la relación con el reclamante del beneficiario. Las designaciones de beneficiarios y fideicomisos no entrarán en vigencia hasta que se haya verificado la información. La designación debe ser aprobada antes de presentar un reclamo.

Sección 4: Documentos justificativos

Documentos de respaldo: CalVCB solicitará registros médicos en nombre del reclamante para obtener cualquier documentación que respalde la solicitud. Sin embargo, si hay algún documento que respalde la solicitud del reclamante, inclúyalos con la 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 reclamante, el médico del reclamante u otra persona con conocimiento de la esterilización
- Cualquier otra documentación que respalde la solicitud

Sección 5: Información demográfica voluntaria

Proporcionar información en esta sección es voluntario y no afecta a la aplicación de ninguna manera. Incluya respuestas a las preguntas sobre la raza, el género, el origen étnico y la orientación sexual del reclamante. La información permanecerá confidencial y se utilizará únicamente con fines estadísticos. Si decide no proporcionar esta información, continúe con la Sección 6.

Sección 6: Información de divulgación voluntaria

Proporcionar información en esta sección es voluntario y no afecta a la solicitud de ninguna manera. Incluya respuestas a las preguntas sobre cómo el reclamante o representante autorizado se enteró del Programa de Compensación por Esterilización Forzada o Involuntaria. La información solicitada se utilizará con fines estadísticos y para evaluar la eficacia de las actividades de divulgación. Si decide no proporcionar esta información, continúe con la Sección 7.

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

Este formulario debe completarse y enviarse con la solicitud, para recibir el pago del estado.

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

Es importante leer y comprender la información de esta sección. Autoriza a CalVCB a obtener y verificar la elegibilidad y toda otra información relacionada con el reclamo. Además, proporciona notificación sobre la compensación.

Página de firma – Al firmar la solicitud, el reclamante acuerda que CalVCB puede proporcionar información sobre esta solicitud, y la información contenida en ella, a cualquier representante nombrado en esta solicitud, agencia gubernamental o proveedor de atención médica u otro proveedor de servicios. Las solicitudes recibidas sin la firma de un reclamante o representante legalmente autorizado se consideran incompletas.

Solicitud completada – CalVCB aceptará solicitudes desde el 1 de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2023.

Formulario completo por correo postal, 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: FISCP@victims.ca.gov
Fax: 916-491-6429

Para más información:

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