

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE GASTOS DE REUBICACIÓN

VCB-30-08060b (Rev 07/2022)



N.º de Solicitud de CaIVCP: _____

Esta hoja se proporciona para ayudarlo a presentar sus gastos de reubicación. Proporcione un **recibo o una forma de verificación** por cada gasto que desee presentar. El personal de CaIVCP verificará y revisará los artículos solicitados y recomendará el monto final que se deberá pagar.

Tipos de gastos y límites El pago o reembolso total no excederá los \$3,418*	Monto (\$)
Vivienda alquilada: Proporcione una copia de su contrato de arrendamiento o alquiler. También deberá pedirle al propietario que complete el Formulario de Verificación de Alquiler de CaIVCP, si usted no tiene un contrato de alquiler.	
Depósito para servicios públicos:	
Depósito telefónico y tarifa de conexión:	
Alojamiento temporal:	
Comida, ropa y otros artículos personales: Proporcione recibos y resúmenes que expliquen los motivos por los que dichos artículos fueron necesarios como resultado directo del delito.	
Otros gastos necesarios: Proporcione recibos y resúmenes que expliquen los motivos por los que dichos artículos fueron necesarios como resultado directo del delito. Los ejemplos de los gastos pueden incluir el alquiler de furgonetas/camionetas para la mudanza, los costos del combustible, los pasajes de avión, los gastos de la mudanza, las tarifas, etc.	
Gastos totales de reubicación:	\$

**Los gastos que excedan el límite legal de \$3,418 se pueden considerar por circunstancias inusuales, graves o excepcionales y pueden resultar en un reembolso mayor que el límite legal.*

CALIFORNIA VICTIM COMPENSATION BOARD

P.O. Box 3036 • Sacramento, CA 95812 • Phone: 800.777.9229 • www.victims.ca.gov

VCB-30-08060b

DRS Code - 08060, Relo Expense Verification

Rev. 7/2022



Información importante para las víctimas o demandantes de violencia doméstica o asalto sexual

Cuando la reubicación es para una víctima de asalto sexual o violencia doméstica, el demandante debe acordar no informar al infractor sobre la ubicación de la nueva residencia de la víctima y no debe permitirle estar presente en las instalaciones en ningún momento, o la víctima acordará buscar una orden de restricción contra el infractor.

Iniciales del demandante: _____

Firma

Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes del Estado de California, que la información que proporcioné es verdadera, correcta y completa según mi leal saber y entender.

Su firma indica que usted leyó y está de acuerdo con la declaración anterior.

Firma: _____ Fecha: _____

Envíe por correo los documentos completados a la siguiente dirección:

California Victim Compensation Board
P.O. Box 3036 Sacramento, CA 95812-3036

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, no dude en comunicarse con nosotros al 800-777-9229.

CALIFORNIA VICTIM COMPENSATION BOARD

P.O. Box 3036 • Sacramento, CA 95812 • Phone: 800.777.9229 • www.victims.ca.gov

VCB-30-08060b

DRS Code - 08060, Relo Expense Verification

Rev. 7/2022