

Programa de Compensación por Esterilización Forzada o Involuntaria



Carta de Designación de Representante Legalmente Autorizado

VCB-31-10004b (Rev. 09/2022)

***Requerido**

*Fecha: _____
MM / DD / AAAA

Yo, _____, por la presente designo a _____
*Nombre del Reclamante *Nombre del Representante Legal Autorizado

para que sea mi Representante Legalmente Autorizado para el Programa de Compensación por Esterilización Forzada o Involuntaria a través de la Junta de Compensación para Víctimas de California. Esto permite que el representante solicite compensación en mi nombre, reciba comunicaciones y proporcione los documentos necesarios o información para determinar elegibilidad del programa.

Información del Representante Legalmente Autorizado

*Nombre Legal Completo: _____
Primero, Medio, Último

*Relación con el/la Reclamante: _____

Nombre de la Agencia (si corresponde): _____

Tipo de Agencia (si corresponde): _____

*Teléfono: _____ Extensión: _____ Correo Electrónico: _____

*Dirección Postal: _____
Número y Nombre de la Calle o Apartado de Correos

Dirección 2 (Apartamento o Unidad #)

Ciudad, Estado, Código Postal

Yo entiendo que todas las comunicaciones futuras del programa serán enviadas a mi designado representante autorizado.

Reclamante

*Nombre Impreso: _____
Primero, Medio, Último

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

Representante Legal Autorizado

*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 obtener más información o servicios de interpretación de idioma, llame al:

1-800-777-9229 | Si tiene problemas de audición, llame al Servicio de Retransmisión de California (711)
Nuestra Unidad de Servicio al Cliente atiende de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.