

Programa de Compensación por Esterilización Forzada o Involuntaria

Formulario de Cambio de Información de Contacto

VCB-31-10008b (Rev. 09/2022)



***Requerido**

Número de Solicitud: _____

*Nombre del Reclamante (tal como se presentó en la solicitud): _____
Primero, Medio, Último

Información del Reclamante (completar solo información actualizada)

*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

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)

Para actualizar la información de contacto del Representante Legalmente Autorizado, por favor complete la información actualizada a continuación.

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: _____

Firmas

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
P.O. 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.