

Número de solicitud CalVCB: _____

Este formulario debe completarse para todas las solicitudes y renovaciones de ingresos o pérdidas de manutención.

Nombre de la víctima (impreso): _____ Fecha de la lesión: _____

Fechas de periodo de discapacidad: De (mm/dd/aa) _____ hasta (mm/dd/aaaa) _____

Nombre del proveedor médico o de salud mental que lo trata: _____

Tratamiento de la salud médica o mental

Dirección del proveedor: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del empleador y lugar de trabajo: _____ Número de teléfono: _____

Dirección del empleador: _____

Declaro, bajo pena de perjurio según las leyes del Estado de California, que toda la información que he proporcionado es verdadera, correcta y completada según mi mejor conocimiento y creencia. Entiendo que podría considerarse que no soy elegible para prestaciones, y que se puede tomar medidas para recuperar las prestaciones que reciba si proporciono información falsa, intencionadamente incompleta o engañosa.

Firma: _____ Fecha: _____

Si tiene un trabajo y su discapacidad dura un año o menos, usted debe solicitar el Seguro Estatal de Discapacidad (SDI) a través del Departamento de Desarrollo Laboral (EDD). Si su discapacidad dura más de un año, debe de solicitar el Seguro de Discapacidad de la Seguridad Social (SSDI) a través de la Administración de la Seguridad Social (SSA). Debe presentar a la Junta comprobantes de que usted ha solicitado. También debe proporcionar la respuesta que indique si su reclamación fue aprobada o denegada, y cuánto dinero recibirá.

CALIFORNIA VICTIM COMPENSATION BOARD

P.O. Box 3036 • Sacramento, CA 95812 • Phone: 800-777-9229 • www.victims.ca.gov