

# DECLARACIÓN DE DISCAPACIDAD PARA LA AUTORIZACIÓN POR PÉRDIDA DE INGRESOS

VCB-30-12733 (Rev. 05/2026)



Número de solicitud de la CalVCB: \_\_\_\_\_

La CalVCB puede indemnizar a la víctima o demandante por la pérdida de ingresos por una lesión a causa de un delito. **Si la víctima no sufre una discapacidad permanente, su médico o proveedor de salud mental debe dar esta información cada 6 meses.** Para obtener más detalles e instrucciones, consulte la segunda página.

## El médico tratante o proveedor de salud mental deberá completar este formulario

Nombre de la víctima (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_

¿Fue una lesión relacionada con un delito? ☐ Sí ☐ No  
con el trabajo? ☐ Sí ☐ No

¿Fue una lesión relacionada

Diagnóstico con código(s): \_\_\_\_\_

Pronóstico: \_\_\_\_\_

Fechas del período de discapacidad: Desde el (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_ hasta el  
(mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_

¿Necesita renovación semestral? ☐ Sí ☐ No

¿Pudo el paciente hacer tareas laborales modificadas durante este período? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, indique el número de horas o el porcentaje de tiempo que el paciente puede trabajar semanalmente:

Número de horas: \_\_\_\_\_ o porcentaje de tiempo: \_\_\_\_\_

*Certificación y firma del médico tratante o proveedor de salud mental (OBLIGATORIA): Certifico bajo pena de perjurio que mi examen del paciente estaba dentro del alcance de mi licencia. Según este examen, certifico además que esta Declaración de discapacidad describe con precisión la discapacidad del paciente y el período estimado de discapacidad, si corresponde.*

CALIFORNIA VICTIM COMPENSATION BOARD

P.O. Box 3036 • Sacramento, CA 95812 • Teléfono: 800-777-9229 • [www.victims.ca.gov](http://www.victims.ca.gov)



Además, certifico que tengo licencia para ejercer en el estado de \_\_\_\_\_

.

Nombre en letra de molde del médico tratante o proveedor de salud mental  
(tal como aparece en la licencia): \_\_\_\_\_

Número de licencia profesional o NPI: \_\_\_\_\_

Médico tratante o de salud mental

Dirección del proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del médico tratante o de salud mental: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

CALIFORNIA VICTIM COMPENSATION BOARD

P.O. Box 3036 • Sacramento, CA 95812 • Teléfono: 800-777-9229 • [www.victims.ca.gov](http://www.victims.ca.gov)



Nombre del proveedor de salud mental que supervisa: \_\_\_\_\_

Número de licencia estatal: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Dirección del proveedor de salud mental que supervisa: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor de salud mental que supervisa: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Proveedores aprobados para lesiones físicas:**

- Médico
- Enfermero de práctica avanzada
- Asistente médico
- Osteópata (DO)
- Optometrista
- Dentista
- Podólogo
- Quiropráctico (solo se acepta durante el tiempo que el proveedor esté dando tratamiento)

**Proveedores autorizados para lesiones emocionales de 6 meses o menos:**

- Trabajador social clínico con licencia (LCSW)
- Terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT)
- Psicólogo clínico con licencia
- Psiquiatra con licencia
- Enfermero de práctica avanzada
- Asistente médico

Las declaraciones de discapacidad presentadas por proveedores de atención médica de otros estados son aceptables si la licencia del proveedor médico o de salud mental es comparable a la licencia de uno de los proveedores médicos o de salud mental autorizados de California.<sup>1</sup>

**Cuando el período de incapacidad por una lesión emocional exceda los seis (6) meses, la declaración de incapacidad la debe completar un psicólogo clínico o psiquiatra con licencia que esté tratando al paciente.**

Puede enviar el documento completo por fax a la CalVCB al 1-866-902-8669 o por correo electrónico a [documentreceivingsection@victims.ca.gov](mailto:documentreceivingsection@victims.ca.gov). La ley estatal exige que la información que la CalVCB solicita se envíe en un plazo de 10 días hábiles.<sup>2</sup>

---

1 Reg. del Código de Cal., título 2, § 649.32(c)(2)

2 Código del Gobierno, § 13954(a)

---

CALIFORNIA VICTIM COMPENSATION BOARD  
P.O. Box 3036 • Sacramento, CA 95812 • Teléfono: 800-777-9229 • [www.victims.ca.gov](http://www.victims.ca.gov)