

VERIFICACIÓN PARA RECIBIR COMPENSACIÓN PARA VÍCTIMAS DE TRÁFICO DE PERSONAS



VCB-31-10020b (Rev. 07/2026)

Número de Solicitud CalVCB: _____

Nombre de la Víctima: _____ Fecha de Nacimiento de la Víctima: _____

Nombre del Solicitante (si la víctima es menor de edad): _____

Relación con la Víctima: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____ Número de Teléfono: _____

Tipo de Delito: ☐ Trata con Fines de Explotación Sexual ☐ Trata con Fines de Explotación Laboral

Fecha(s) en que se Cometió el Delito: Desde (mm/dd/aaaa): _____ Hasta (mm/dd/aaaa): _____

¿Los actos de trata se llevaron a cabo durante 40 horas o más a la semana? ☐ Sí ☐ No

Si ha respondido "No" a la pregunta anterior, ¿cuántas horas a la semana? _____

¿Ha recibido o recibirá la víctima una indemnización salarial por la pérdida de ingresos de cualquier otra fuente como consecuencia del delito de trata de personas? ☐ Sí ☐ No

Si ha respondido "Sí", enumere TODAS las fuentes:

Importe: \$ _____

AVISO LEGAL:

CalVCB es el pagador de ultimo recurso. La compensación por delitos de trata de personas no excederá los diez mil dólares (\$10,000) por año en que se prestaron los servicios, por un máximo de dos años, y si la víctima es menor de edad en el momento de la solicitud, la junta efectuará el pago cuando el menor cumpla 18 años. (Código de Gobierno, § 13957.5, subdivisiones (a)(5)(C)-(D).)

CALIFORNIA VICTIM COMPENSATION BOARD

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

Human Trafficking Comp Verification Form

DRS Code - 12741

VCB-31-10020b [SPA]

Rev. 07/2026



DECLARACIÓN:

Declaro bajo pena de perjurio, según las leyes del Estado de California, que lo anterior es verdadero y correcto.

Marque la casilla correspondiente a la persona que completa y firma este formulario.

- ☐ Víctima ☐ Solicitante ☐ Testigo del Delito ☐ Asistente Social Especializado en Trata de Personas
- ☐ Agencia Policial ☐ Número de Licencia de Abogado: _____
- ☐ Otros _____

Nombre en Letra de Imprenta: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Cargo: _____

Agencia (si procede): _____

Si tiene alguna pregunta, llame a nuestra Unidad de Atención al Cliente al número gratuito 1-800-777-9229.

CALIFORNIA VICTIM COMPENSATION BOARD

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

Human Trafficking Comp Verification Form

DRS Code - 12741

VCB-31-10020b [SPA]

Rev. 07/2026