

DECLARACIÓN JURADA DEL CUIDADOR

VCB-31-10022b (Rev. 08/2025)



Nombre del Solicitante: _____ Numero de Solicitud: _____

Nombre del Reclamante: _____ Fecha del Delito: _____

Como el familiar encargado del cuidado del menor que solicita compensación a través de la Junta de Compensación para Víctimas de California (California Victim Compensation Board, CalVCB), usted debe firmar una solicitud conforme a las siguientes condiciones:

1. Está solicitando compensación en nombre de un menor.
2. Es el cónyuge, padrastro, madrastra, hermano, hermana, hermanastro, hermanastra, medio hermano, media hermana, tío, tía, sobrina, sobrino, primo/a hermano/a del menor o cualquier pariente de segundo y tercer grado o el cónyuge de cualquiera de las personas especificadas en esta definición, incluso después de que el matrimonio se haya disuelto por fallecimiento o separación.
3. Ha asumido la principal responsabilidad del menor. (Código del Gobierno, § 13952(b).)

INSTRUCCIONES: Si se cumple con los criterios anteriores, complete la siguiente información en este formulario, incluidas la firma y la fecha.

Soy un pariente del menor, según se definió más arriba. He asumido la principal responsabilidad del menor, el menor vive conmigo, y está bajo mi cuidado y control. Soy mayor de 18 años.

Información del Menor y del Cuidador

Nombre del Menor Reclamante: _____

Fecha de Nacimiento del Menor Reclamante: _____

Nombre del Cuidador Adulto: _____

Domicilio del Cuidador Adulto: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Relación del Cuidador con el Menor: _____

Seleccione una de las siguientes:

- ☐ Les he informado a los padres o a otras personas con la custodia legal del menor sobre mi intención de solicitar la compensación en nombre del menor y no se opusieron.
- ☐ No puedo ponerme en contacto con los padres ni con otras personas con la custodia legal del menor para notificarles sobre mi intención de solicitar la compensación en nombre del menor.

Por favor, explique: _____

ADVERTENCIA: NO FIRME ESTE FORMULARIO SI ALGUNA DE LAS DECLARACIONES ANTERIORES ES INCORRECTA.

Declaro bajo pena de perjurio, conforme a las leyes del estado de California, que lo anterior es verdadero y correcto.

Firma: _____ Fecha: _____

REGRESE LA DECLARACION JURADA POR CORREO, FAX O SUBA USANDO SU INICIO DE SESIÓN EN EL PORTAL DE CalVCB EN LÍNEA:

CALIFORNIA VICTIM COMPENSATION BOARD

P.O. Box 942003 • Sacramento, CA 94204-2003 • Phone: 800-777-9229 • Fax: 866-902-8669 • www.victims.ca.gov

DRS Code - 09041

VCB-31-10022b

Rev. 08/2025

