

**FORMULARIO DE APELACIÓN**

VCB-31-19219b (Rev. 07/2026)



N.º de solicitud: \_\_\_\_\_

N.º de factura: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si la Junta de Compensación para Víctimas de California (CalVCB) deniega su solicitud o sus gastos y usted no está de acuerdo con la decisión, debe presentar una apelación por escrito en un plazo de 45 días a partir de la fecha de la carta de denegación. Si la CalVCB deniega los honorarios del abogado, este deberá presentar la apelación.

Para presentar una apelación, usted o su representante autorizado deben completar este formulario de la siguiente manera:

|                                |                                                                                        |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Por correo postal:</b>      | CalVCB, Attn: Appeals, P.O. Box 350, Sacramento, CA 95812-0350                         |
| <b>Por fax:</b>                | (916) 491-6448                                                                         |
| <b>Por correo electrónico:</b> | <a href="mailto:victimsappealsfax@victims.ca.gov">victimsappealsfax@victims.ca.gov</a> |
| <b>Por subida de archivos:</b> | cuenta en línea de CalVCB como "Apelación".                                            |

Explique por qué CalVCB debería aprobar la solicitud o el gasto. Incluya cualquier documentación adicional que no se haya proporcionado ya. Se pueden utilizar hojas adicionales si es necesario. CalVCB revisará su apelación y toda la información de su expediente. **Si no apela en un plazo de 45 días, la denegación será definitiva.**

**Motivos por las que no está de acuerdo con esta decisión:**

*Certifico que toda la información que he proporcionado es verdadera y correcta.*

Firma del solicitante, reclamante o representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Debe mantener su información de contacto actualizada en CalVCB. Si su información ha cambiado, actualícela a continuación:

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

CALIFORNIA VICTIM COMPENSATION BOARD  
P.O. Box 350 • Sacramento, CA 95812 • Phone: 800-777-9229 • [www.victims.ca.gov](http://www.victims.ca.gov)

