



# CONSEJO DE COMPENSACIÓN A LAS VÍCTIMAS

Cuarto Distrito Judicial  
Condados de El Paso y Teller  
105 E Vermijo, Suite 111  
Colorado Springs, CO 80903

Teléfono (719) 520-6000 Fax (719) 520-6172

5/1/19



## SOLICITUD PARA LOS FONDOS DE COMPENSACION A LAS VICTIMAS

*El Programa de Compensación de Víctimas del Crimen opera de acuerdo con C.R.S § 24-4.1-101 y ss..*

### REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD\*:

1. El crimen debe ser uno en el cuál la víctima sufra de una lesión mental o corporal, que muera o que sufra daños a la propiedad en las cerraduras, ventanas o puertas como resultado de un crimen compensable.
2. La víctima debe cooperar completamente con los oficiales del ministerio público (policía, fiscal del distrito, etc.).
3. El crimen debe ser reportado a una agencia policiaca dentro de 72 horas de haber ocurrido.
4. La lesión o muerte de la víctima no fue el resultado de su mal proceder o de una provocación substancial.
5. La victimización ocurrió después del 1º de Julio de 1982.
6. La solicitud para compensación debe ser entregada dentro de un año de la fecha del crimen y dentro de seis meses para solicitudes de daños a una propiedad residencial.
7. El crimen ocurrió en el Condado de El Paso o Teller, o en otro estado y la víctima es residente del Condado de El Paso o Teller.

*\* El Consejo de Compensación a las Víctimas podría hacer excepciones con alguno de los requisitos si es por una buena casusa o por interés de la justicia.*

### INFORMACIÓN GENERAL:

1. No es necesario que exista un arresto para que la víctima sea elegible para solicitar el Programa de Compensación.
2. Puede pedirse compensación para gastos médicos, terapia de salud mental, dispositivos médicos indispensables (dentaduras, lentes, aparatos auditivos y prótesis), pérdida de salarios debido al crimen, tratamiento ambulatorio, servicios de salud en el hogar, gastos funerarios, puertas/cerraduras/ventanas residenciales exteriores, pérdida de manutención para los dependientes en caso de muerte. La solicitud debe estar *directamente relacionada* al crimen reportado a la agencia policial.
3. Podría otorgarse compensación para daños a la propiedad por el costo del reemplazo o la reparación de puertas, cerraduras, "otras cerraduras" y ventanas residenciales exteriores que fueron dañadas cuando se cometió el delito. El solicitante debe proporcionar una factura o un presupuesto.
4. Por ley, usted debe solicitar todas las demás fuentes de asistencia financiera o de reembolso, incluyendo seguro privado, Medicaid y Medicare.
5. Por favor adjunte todas las facturas desglosadas, recibos y presupuestos relacionados directamente con el crimen. Usted podría llenar una solicitud si no ha recibido ninguna factura hasta la fecha, y enviar las facturas conforme las vaya recibiendo.
6. Su solicitud será verificada y presentada al Consejo de Compensación a las Víctimas, un grupo de tres voluntarios que han sido designados por el Fiscal de Distrito electo. Este *proceso* podría tomar hasta 60 días desde el día en que se reciban todos los documentos necesarios requeridos para presentar al Consejo.
7. **La compensación total de una solicitud no puede exceder el límite estatutario de \$30,000.** La compensación para categorías individuales está limitada por políticas del Consejo; por favor llame si tiene preguntas acerca de los límites de una categoría específica.
8. Si su solicitud no es aprobada, usted tiene el derecho de pedir al Consejo que reconsidere su decisión y que pueda someter información nueva o adicional, que se relacione a la(s) razón(es) por la(s) que el Consejo negó o redujo su solicitud. Usted puede gestionar una reconsideración contactando al programa de Compensación a las Víctimas dentro de 60 días de haber recibido el aviso de negación o reducción de su solicitud. Usted puede hacerlo en persona o escribir una carta al Consejo. En caso de que el Consejo sostenga la negación, usted tiene el derecho de que la decisión del Consejo sea revisada dentro de 30 días de acuerdo a las Reglas de Procedimiento Civil de Colorado.

*La solicitud e información contenida en su expediente podría ser sujeta a descubrirse en procedimientos judiciales.*

## INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE COMPENSACIÓN A LAS VÍCTIMAS DE CRIMEN

*Conforme a la ley 24-4.1-105 (2) (a), el solicitante debe proporcionar al Programa de Compensación cualquier información pertinente requerida para procesar esta solicitud. Las solicitudes incompletas serán devueltas o retrasadas hasta que se reciba toda la información.*

**SECCIÓN I – INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA:** La persona que fue lesionada o que perdió la vida, es considerada la víctima primaria. Una víctima secundaria es alguien con una relación cercana o familiar con la víctima, o alguien que presencié el crimen. Se requiere una solicitud individual por cada miembro solicitante. Es muy importante que proporcione una dirección postal, incluyendo la ciudad, estado y código postal para que podamos continuar enviando notificaciones del estatus de su solicitud. Un número telefónico y/o correo electrónico nos permite comunicarnos con usted en caso de alguna pregunta. Su número de Seguro Social podría ser solicitado *solo* para verificar las facturas sometidas para pago.

**SECCIÓN 2 – INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:** Esta es la persona que será contactada con respecto a esta solicitud. Puede ser la misma víctima primaria o podría ser un tutor legal o familiar de la víctima primaria. Por favor indique la relación con la víctima y proporcione un número telefónico o correo electrónico para contactarlo.

**SECCIÓN 3 – INFORMACIÓN DEL CRIMEN:** La mayoría de esta información se obtendrá de la copia del reporte tomado por la agencia policial que está investigando el delito. Usted *NO* necesita proporcionar una copia de este reporte. El llenar esta parte completamente y con la mayor información posible, nos ayuda a asegurarnos que tenemos el reporte correcto relacionado a su solicitud.

**SECCIÓN 4 – INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS Y OTRAS FUENTES COLATERALES:** Por estatuto federal y estatal, la Compensación a Víctimas de Crimen será el que pagará en última instancia. Si usted tiene alguna otra fuente de pago disponible para las facturas que está sometiendo, debe proporcionar esa información. Las solicitudes incompletas no serán procesadas. **SECCIÓN 5 – SOLICITUD DE SERVICIOS:** Esta sección contiene 9 apartados. Señale los servicios por los que está solicitando ayuda o que anticipe que necesitará ayuda. Escriba (N/A) no aplica, si no está solicitando ayuda con ese apartado.

➤ **Terapia de Salud Mental:** Para víctimas Primarias y Secundarias. Las víctimas secundarias son personas con una relación cercana o familiar con la víctima primaria, o alguien que presencié el crimen. El Consejo solo aprobará terapia con terapeutas con licencia estatal (Pagado a \$100 por sesión/\$ 50 grupo) o candidatos de licencia (pagó la mitad de la tarifa.) (nueva tasa efectiva 4/4/18).

➤ **Alternativas de Salud Mental:** Con una recomendación apropiada usted podría solicitar defensa personal y terapia de masajes.

➤ **Médico:** Todas las facturas que se sometan deben estar relacionadas **directamente** con el crimen y al final serán su responsabilidad. Las facturas o presupuestos relacionados al delito pueden ser enviados al Programa de Compensación conforme los reciba. Toda la correspondencia que se reciba de facturas y seguros serán verificados para confirmar la fecha, así como el tipo y costo del servicio antes de que se haga una determinación de pago. (Se pagarán al 100% efectivo el 10/1/2016)

➤ **Artículos Médicos Personales:** Esto se refiere a cualquier dispositivo médico indispensable que haya sido robado o dañado como resultado del incidente criminal. Estos podrían ser aparatos auditivos, lentes, dentaduras, etc. Envíe las facturas o presupuestos relacionados al delito.

➤ **Pérdida de Salarios:** Beneficios máximos de 1 mes por razones de salud mental y de 2 meses por razones de salud física. Usted podría solicitar pérdida de salarios *solo* si se ausentó del trabajo debido a lesiones físicas o emocionales relacionadas al delito y usted no recibió pago por vacaciones o ausencia por enfermedad de su empleador. Usted debe presentar una nota del médico, un talón de pago reciente y su empleador debe verificar el tiempo sin pago que usted estuvo ausente del trabajo en un formulario proporcionado por el Programa de Compensación. Si usted trabaja por su cuenta, debe presentar una copia de su última declaración de impuestos.

➤ **Pérdida de Manutención a los Dependientes (Casos no relacionados con violencia doméstica):** Si la víctima primaria murió como resultado del delito, las personas que dependían total o parcialmente del salario de la víctima primaria o cuyo ingreso se reducirá o perderá debido a la muerte de la víctima principal, pueden pedir pérdida de manutención. Esto podría incluir manutención de niños por orden judicial.

➤ **Pérdida de Manutención a los Dependientes (Casos relacionados con violencia doméstica y agresión sexual en el niño):** Si se cumplen ciertos criterios, se puede adjudicarse la pérdida de apoyo en los casos en que la víctima vivía y dependía financieramente del delincuente. La pérdida de solicitudes de asistencia debe presentarse dentro de los 10 días siguientes a la retirada legal del delincuente de la casa. Comuníquese con la oficina de compensación de víctimas para obtener más información.

➤ **Propiedad Residencial:** Por favor señale si tiene un deducible con su seguro de propietario de casa; escriba la cantidad del deducible. Si no tiene seguro para propietario de casa, por favor escriba “N/A” en el espacio que se proporciona. (hasta \$1000 o máximo deducible)

➤ **Gastos Funerarios:** Si usted ha pagado por los gastos funerarios o si las facturas permanecen pendientes, por favor envíe todas las facturas o recibos que usted desea ser considerado para el pago o reembolso. La persona que pagó por el funeral es la persona elegible para recibir el reembolso si se aprueba. Tenga en cuenta: hay un máximo de \$9000 por difunto para los gastos de funeral/entierro.

➤ **Solicitud de Emergencia:** La solicitud de emergencia deber recibirse **dentro de 14 días** de la fecha del crimen. Por favor hable con el coordinador o asistente del programa para obtener más información de este tipo de ayuda y de los requisitos.

**SECCIÓN 6 – DEMANDA CIVIL:** Al firmar la solicitud, usted está aceptando reembolsar cualquier pago que reciba de una demanda civil por los gastos pagados por el Programa de Compensación.

**SECCIÓN 7 – DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN & DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LA VÍCTIMA:** Sus iniciales en cada sección, así como su firma y la fecha son necesarios para completar esta solicitud y para autorizar al Programa de Compensación a verificar las facturas en su nombre.

**SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA – POR FAVOR ESCRIBA**

Envíe la solicitud y las facturas relacionadas al crimen a:  
 Programa de Compensación a Víctimas, 105 E. Vermijo Ave., Suite #11, Colorado Springs, CO 80903  
 Fax: 719-520-6172

Víctima Primaria  Víctima Secundaria

El nombre de la persona que sufrió una lesión o que murió es considerada la **víctima primaria**.

Una **víctima secundaria** es alguien con una relación cercana o familiar con la víctima, o alguien que presencié el crimen.

Nombre de la Víctima (Primero, Segundo, Apellido)		
Dirección Postal		
Ciudad	Estado	Código Postal
Condado de Residencia	Estado de Residencia Permanente	Correo Electrónico
Teléfono del Trabajo	Teléfono de Casa	Otro Teléfono
Fecha de Nacimiento	Edad al momento de crimen	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		

*La siguiente información se utiliza con fines estadísticos solamente. Es necesaria para cumplir con las regulaciones Federales.*

<b>Discapitado:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Mentalmente <input type="checkbox"/> Físicamente	<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco No Latino o Caucásico <input type="checkbox"/> Alguna otra raza <input type="checkbox"/> Razas Múltiples	<b>Fuente de referencia:</b> <input type="checkbox"/> Asistente de Víctimas de una Agencia Policial <input type="checkbox"/> Asistente de Víctimas de la Fiscalía <input type="checkbox"/> Fiscalía de Distrito <input type="checkbox"/> Servicios Sociales <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Terapeuta <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>¿El delito le causó su discapacidad?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

**SECCIÓN 2 – INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

IGUAL QUE EL ANTERIOR (solamente si la

víctima del delito es el solicitante)

Llene solamente si la persona que envía esta solicitud no es la víctima, ej. El padre, tutor o familiar de la víctima.

Nombre del Solicitante (Padre/Tutor/Familiar)	Teléfono de Casa
Dirección Postal	Teléfono celular/Teléfono del Trabajo
Ciudad/Estado/Código Postal	Correo Electrónico
Fecha de Nacimiento	Relación con la Víctima

\*Las solicitudes incompletas o sin firma serán devueltas

### SECCIÓN 3 – INFORMACIÓN DEL DELITO

<b>Tipo de Delito: (Señale todas las que apliquen)</b> <input type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/> Robo/Daño a propiedad ajena <input type="checkbox"/> Manejo descuidado con resultado de lesión o muerte <input type="checkbox"/> Abuso Físico Infantil <input type="checkbox"/> Agresión Sexual Infantil- Por un familiar <input type="checkbox"/> Agresión Sexual Infantil- No por un miembro familiar		<input type="checkbox"/> Violencia Doméstica <input type="checkbox"/> Conductor Ebrio/Asalto Vehicular/Homicidio Vehicular <input type="checkbox"/> Atropellar y darse a la fuga resultando en lesión o muerte <input type="checkbox"/> Asesinato/Homicidio <input type="checkbox"/> Intento de Asesinato/Homicidio <input type="checkbox"/> Agresión Sexual-Víctima Adulto <input type="checkbox"/> Otro: _____
1. FECHA DEL DELITO:	2. FECHA EN QUE SE REPORTÓ:	3. DEPARTAMENTO POLICIAL/AGENCIA A LA QUE SE REPORTÓ EL CRIMEN:
4. OFICIAL DE POLICÍA ASIGNADO 5. NÚMERO DE REPORTE POLICIAL:		6. ¿QUIEN COMETIÓ EL DELITO? 7. RELACIÓN CON LA VÍCTIMA:
8. ¿EL AGRESOR HA RECIBIDO CARGOS EN EL TRIBUNAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NO SE		9. NÚMERO DE CASO CON LA FISCALÍA:
10. ¿EL DELITO OCURRIÓ EN EL TRABAJO?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No		11. CONDADO EN EL QUE OCURRIÓ EL DELITO:

### SECCIÓN 4 – INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS Y OTRAS FUENTES COLATERALES

Usted está obligado a proveer todas las facturas a su compañía de seguros u otras fuentes colaterales relacionadas a su solicitud; señale todas las fuentes de pago alternativo para las facturas sometidas al Programa de Compensación.

Por favor indique si lo siguiente aplica para usted y para su solicitud:

¿Tiene cobertura de seguro médico?:  Si  No Si respondió sí, por favor proporcione el # de Póliza: \_\_\_\_\_

# de Grupo \_\_\_\_\_ Nombre y dirección de la compañía: \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro de auto?:  Si  No

¿Tiene seguro de propietario/renta de casa?:  Si  No Deducible del seguro de propietario/renta de casa \$ \_\_\_\_\_

Seguro por discapacidad:  Si  No

Si respondió sí a alguno de estos, por favor lea y complete lo siguiente:

Seguro Privado:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Medicaid:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Seguro de Grupo:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Medicare:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Departamento de servicios sociales:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Compensación a los trabajadores:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
CHP / CHP+:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cobertura Militar:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Programa para Indigentes de Colorado:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Otro:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

### SECCIÓN 5 – SOLICITUD DE SERVICIOS (Por favor señale todas las opciones que apliquen)

**TERAPIA DE SALUD MENTAL**

¿Usted (víctima) está viendo a un terapeuta en relación al delito?  Si  No

Si respondió sí, por favor escriba abajo el nombre y teléfono del terapeuta.

Nombre del Terapeuta: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

(El Consejo solo aprobará terapia con terapeutas con licencia estatal)      ¿Necesita un intérprete de idiomas?  Si  No

**ALTERNATIVAS DE TERAPIA DE SALUD MENTAL (solo para Víctimas Primarias)**

Terapia de masaje– Requiere una remisión del médico o terapeuta de salud mental (\$1,500 max)

Curso de defensa personal – Requiere una remisión del médico o terapeuta de salud mental (\$1,500 max)

\*Las solicitudes enviadas incompletas o sin firma serán devueltas

**MÉDICO:** Envíe copias de las facturas desglosadas relacionadas al crimen conforme las vaya recibiendo.

**Hospital:**  Si  No

**Médico:**  Si  No

**Dental:**  Si  No

**Fisioterapia:**  Si  No Requiere una referencia del médico

**Quiropráctico:**  Si  No (Máximo - \$1,500)

**Cuidado médico en el hogar:**  Si  No (debe proveerse por una Agencia Certificada) (Máximo - \$7,000 por familia)

**Acupuntura:**  Si  No (Máximo - \$1,000 por familia) **¿necesita servicios de traductores?**  Si  No **Otro:** \_\_\_\_\_

NOTA: Si le recomiendan cirugía plástica, reconstructiva, trabajo dental mayor, fisioterapia continua, etc., su proveedor de salud debe hacer un plan de tratamiento que explique cómo se relacionan las lesiones y el tratamiento al crimen y un presupuesto total del procedimiento. El Consejo de Compensación a las Víctimas revisará su solicitud y le informará si pueden o no ayudarlo con estos costos.

**Si es posible, escriba los proveedores de servicios indicando si la factura está pagada o pendiente. Puede usar más hojas si es necesario.**

Proveedor de Servicios \_\_\_\_\_  Pagada  Pendiente  Presupuesto

Proveedor de Servicios \_\_\_\_\_  Pagada  Pendiente  Presupuesto

Proveedor de Servicios \_\_\_\_\_  Pagada  Pendiente  Presupuesto

**ARTÍCULOS MÉDICOS PERSONALES** Envíe copias de las facturas desglosadas o presupuestos relacionados al delito

**¿El artículo fue robado, dañado o destruido durante el incidente criminal??**  Si  No

**Anteojos/Lentes de contacto:**  Si  No (Max - \$600)

**Dentaduras:**  Si  No

**Dispositivo Auditivo:**  Si  No

**Dispositivo protésico:**  Si  No

**Medicamento:**  Si  No

**Otro:** \_\_\_\_\_

**PÉRDIDA DE SALARIOS DEBIDO A LA LESIÓN DE LA VÍCTIMA PRIMARIA SOLAMENTE**

La pérdida de salarios no aplica por la pérdida de sueldo debido al reporte del delito, testificar en el tribunal, entrevistarse con la policía-fiscal, etc. Para calificar para pérdida de salarios, tiene que haber estado empleado al momento del incidente.

¿La víctima usó alguno de los siguientes tipos de ausencia debido a una lesión física o emocional provocada por el delito?

**Ausencia por enfermedad:**  Si  No **Vacaciones:**  Si  No **Ausencia personal:**  Si  No **FMLA (Permiso familiar y médico):**  Si  No

Si usted trabaja por su propia cuenta, debe proporcionar una copia de la declaración de impuestos del año anterior para poder determinar la pérdida de salarios exacta. Un formulario de "solicitud por pérdida de salarios" está incluida para que se la dé a su empleador y verifique su tarifa de pago y el tiempo que no recibió pago que está relacionado directamente con el incidente criminal. Se le pedirá que incluya **una copia de un talón de pago reciente y si está solicitando el pago por más de una semana de pérdida de salarios, también debe incluir una nota del doctor o del terapeuta.**

**PÉRDIDA DE MANUTENCIÓN PARA LOS DEPENDIENTES** (hasta 85% de salario bruto por 8 semanas, máximo-\$6.500 por familia)

Las personas que dependían total o parcialmente de **los ingresos de la víctima** en el momento de la muerte o cuyos ingresos han sido gravemente disminuidas o perdidas debido a este incidente criminal pueden ser elegibles para una indemnización de hasta el 85% del salario bruto de la víctima por un máximo de 8 con 40 en semanas de trabajo, no exceder de \$6.500 por familia. Por favor incluya una copia del Acta de nacimiento del dependiente, comprobante de tutela permanente y/o copia de la licencia de matrimonio, y comprobante de ingresos de los fallecidos en el momento de la muerte. La solicitud debe presentarse dentro de **los 10 días posteriores a la muerte de la víctima.**

1) Nombre del dependiente \_\_\_\_\_ 2) Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ 3) Relación a la Víctima \_\_\_\_\_

**PÉRDIDA DE MANUTENCIÓN PARA LOS DEPENDIENTES/VIOLENCIA DOMÉSTICA** (hasta 85% de salario bruto por 8 semanas, máximo-\$6.500 por familia)

En ciertos casos, y si se cumplen ciertos criterios, las víctimas que dependían total o principalmente de **los ingresos del delincuente** antes de que el delincuente fuera legalmente retirado de la casa debido al incidente del crimen pueden ser elegibles para una indemnización. Por favor llame 719-520-6000 para más información. La Junta de compensación de la víctima del crimen requerirá documentación adicional para respaldar su solicitud. **La solicitud debe presentarse dentro de los 10 días siguientes a la retirada legal del delincuente de su hogar.** Los premios solo se pueden aplicar a gastos específicos del hogar.

**PROPIEDAD RESIDENCIAL** (Daño o Destrucción durante el crimen/ Máximo - hasta la cantidad deducible)

**Puertas Exteriores:**  Si  No **Ventanas Exteriores:**  Yes  No **Cambio de Cerraduras Exteriores:**  Si  No

**Otras cerraduras:**  Si  No **Limpieza de la escena del crimen:**  Si  No **Cantidad del Deducible del Seguro:** \$ \_\_\_\_\_

**Solicitud de Sistema de Seguridad:**  Si  No (Debe ser propietario/Basado en crímenes específicos Máximo - \$1,000 o hasta la cantidad deducible)

**GASTOS FUNERARIOS: Enviar copias de facturas detalladas, si están disponibles.** (\$9,000 máximo para el funeral /entierro.)

**¿Ya se pagaron los gastos funerarios?**  Si  No

\_\_\_\_\_  
Proveedor de Servicios Funerarios y Número Telefónico

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que pagó los gastos funerarios

\_\_\_\_\_  
Número Telefónico

**SOLICITUD DE EMERGENCIA:** El Programa de Compensación a las Víctimas **podría** ayudarlo con su solicitud de emergencia si se determina que podría resultar una dificultad extrema para el solicitante si no realiza un pago en 72 horas.

*\*Las solicitudes enviadas incompletas o sin firma serán devueltas.*

## SECCIÓN 6 – DEMANDA CIVIL

**DEMANDA CIVIL:** ¿Tiene planes de demandar a la(s) persona(s) o negocio responsables de su lesión?  Si  No

Si lo está planeando, por favor esté consciente de que debe notificarle por escrito al Consejo de Compensación sobre la cantidad y los términos del acuerdo.

## SECCIÓN 7- DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN & DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LA VÍCTIMA

**Escriba sus iniciales en cada cuadro de abajo**

**POR FAVOR LEA CON ATENCION, PONGA SUS INICIALES EN CADA SECCION, FIRME Y PONGA LA FECHA**

- CERTIFICACION DE LA SOLICITUD:** Toda la información proporcionada en esta solicitud para Compensación a las Víctimas de Crímenes es verdadera y correcta de acuerdo a mi conocimiento. Entiendo que proporcionar información falsa o documentos falsificados podría resultar en la negación de mi solicitud y esto es penado por la ley.
- RESPONSABILIDAD DEL SOLICITANTE:** Entiendo que soy responsable por las facturas relacionadas a este crimen y tengo la responsabilidad de proporcionar toda la documentación al Consejo de Compensación a las Víctimas para asistirlos con la verificación de mi solicitud. También debo notificar a los proveedores de servicios sobre mi solicitud de Compensación.
- COOPERACIÓN:** Entiendo que mi falta de cooperación con la agencia policial o el fiscal de distrito (policía, alguacil, fiscal) puede resultar en la negación de mi solicitud. Además, estoy consciente que si no coopero con el procesamiento del caso por el cual sufrí pérdidas, no seré elegible para ninguna compensación y seré completamente responsable de reembolsar al Programa de Compensación toda la compensación recibida.
- ACUERDO DE SUBROGACIÓN:** Estoy de acuerdo en notificar al Programa de Compensación de Víctimas de Crímenes en caso de que se me otorgue algún beneficio, incluido, pero no limitado a una acción de demanda civil, en pago de los mismos gastos de los cuales recibí compensación. Además, estoy de acuerdo en retener la mayor cantidad posible de los fondos recuperados como sea necesario para reembolsar al Programa de Compensación la misma cantidad recibida por el programa.
- PROCESO DE SOLICITUD ALTERNA:** Si usted siente que el Consejo de Compensación a las Víctimas del Cuarto Distrito Judicial no puede revisar su solicitud imparcialmente debido a una relación personal o profesional con dos o más miembros del Consejo, ésta será enviada a otro distrito para revisarse una vez que el conflicto sea declarado por el Consejo. El Cuarto Distrito Judicial debe recibir una petición de revisión alterna por escrito. Si su solicitud es aprobada, las facturas serán pagadas por el Cuarto Distrito Judicial. Entiendo que esto podría retrasar el proceso de mi solicitud.
- REEMBOLSO AL CONSEJO DE COMPENSACIÓN A LAS VÍCTIMAS:** Estoy de acuerdo en reembolsar al Fondo de Compensación a las Víctimas de Crímenes si recibo pagos del agresor (restitución o acción civil), del seguro o de otra agencia de gobierno o privada como compensación por la lesión o muerte después de haber recibido pago de la compensación.
- DERECHO DE RECONSIDERACIÓN:** Si mi solicitud para compensación es negada, recibiré una notificación por escrito con el motivo. Entiendo que tengo el derecho de pedir una reconsideración al Consejo de Compensación de Víctimas de crimen y podría hacerlo enviando una carta dentro de 60 días hablando acerca del motivo de la negación que menciona la carta. Usted debe aparecer en persona a la próxima junta del Consejo para presentar su caso. Entiendo que la carga de la prueba está en mí como el solicitante para demostrar que la solicitud es razonable y compensable bajo la Ley de Compensación a las Víctimas de Crímenes de Colorado. En caso de que se sostenga la negación por el Consejo después de la reconsideración, entiendo que puedo pedir la revisión de la decisión del Consejo de acuerdo a Reglas de Procedimiento Civil de Colorado por un tribunal de distrito.
- LIBERACIÓN DE FONDOS:** Yo autorizo la liberación de fondos que se otorguen a mí bajo la Ley de Compensación de Víctimas de Crimen de Colorado para ser pagados directamente al proveedor de servicios, o al solicitante por pagos hechos con fondos personales correspondiente a mi solicitud. Entiendo que cualquier aprobación de solicitud está sujeta a la disponibilidad de fondos y a la discreción del consejo.
- AUTORIZACIÓN DE DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN:** Yo autorizo la difusión de toda la información de cualquier empleador, médico, hospital, Departamento de Servicios sociales, abogado civil, proveedores de servicios de salud médica/mental o cualquier otro acreedor o agencia con el propósito de verificar la solicitud que he sometido para establecer la validez de ésta. Además, entiendo que cualquier información proporcionada podría ser sujeta a divulgación de acuerdo a la ley. Esta autorización podría ser revocada en cualquier momento por escrito, excepto cuando ya se hayan tomado medidas basadas en ella. Mi firma autoriza la liberación de toda la información que ha sido especificada anteriormente. Una copia o reproducción exacta de esta autorización firmada, debe tener el mismo efecto como si fuera la original.

\_\_\_\_\_  
**Firma de la Víctima/Solicitante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre Impreso de la Víctima/Solicitante**

Revisada 5/1/19

*\*Las solicitudes enviadas incompletas o sin firma serán devueltas*

CONSEJO DE COMPENSACIÓN A LAS VÍCTIMAS  
 Cuarto Distrito Judicial  
 Condados de El Paso y Teller  
 105 E. Vermijo, Suite 111  
 Colorado Springs, CO 80903  
 Teléfono (719) 520-6000 Fax (719) 520-6172

Por favor imprima

## PÉRDIDA DE SALARIOS

**NOMBRE DE LA VÍCTIMA:** \_\_\_\_\_

El programa sólo compensará a la víctima por los salarios perdidos debido a lesiones físicas o emocionales directamente causados por el crimen. Los salarios perdidos no serán pagados por el tiempo perdido debido a comparecencias en los tribunales, citas con personal de justicia criminal o citas con proveedores de servicios.

Si usted está solicitando la pérdida de salarios, **lleve este formulario a su empleador y que sea completado y firmado por su supervisor/empleador cada mes.** Si usted es autónomo debe presentar copias de sus declaraciones de impuestos. Si se reclaman salarios perdidos, deberá suministrar la siguiente documentación:

- 1) Este formulario debe ser completado y devuelto antes de que su solicitud de salarios perdidos pueda ser procesada.
- 2) Una carta de su médico tratante o terapeuta indicando su incapacidad para trabajar debido a lesiones sufridas como resultado del crimen e indicando la duración de la incapacidad para trabajar. **Cualquier solicitud de más de 5 días de salario perdido requiere una nota del médico.**
- 3) Si solicita un salario perdido por más de un mes, debe llevar este formulario a su empleador cada mes para que lo verifiquen.

NOMBRE DEL EMPLEADO:	TÍTULO DEL TRABAJO:	¿SE EMPLEÓ ESTA PERSONA EN LA FECHA DE LA LESIÓN? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Primer día de trabajo perdido: _____ Último día de trabajo perdido: _____	¿HA VUELTO A TRABAJAR ESTA PERSONA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SI SÍ, ¿FECHA DEVUELTA? / /
¿SE LESIONÓ ESTA PERSONA DURANTE EL TRABAJO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EN CASO AFIRMATIVO, ¿SE PAGÓ COMPENSACIÓN A LOS TRABAJADORES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SI ES ASÍ, A TRAVÉS DE QUÉ PERÍODO DE: PARA:
¿SE PAGÓ LA LICENCIA POR ENFERMEDAD/LICENCIA ANUAL/FMLA O INCAPACIDAD? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SI ES ASÍ, A TRAVÉS DE QUÉ PERÍODO DE: PARA:	HORAS TRABAJADAS POR DÍA
HORAS TRABAJADAS POR SEMANA	HORAS TRABAJADAS POR MES	NÚMERO DE DÍAS PERDIDOS
TASA DE PAGO <input type="checkbox"/> HORARIA <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> COMISIÓN		
\$ _____ <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> DIARIO <input type="checkbox"/> OTROS _____		

**IMPORTE TOTAL DE LA PÉRDIDA DE SALARIOS: \$** \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EMPLEADOR (FIRMA): \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE LA CALLE: \_\_\_\_\_ CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EMPLEADOR (SUPERVISOR/REPRESENTANTE): \_\_\_\_\_

TÍTULO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL EMPLEADOR (SUPERVISOR/REPRESENTANTE):** \_\_\_\_\_

Certifico que he leído y estoy de acuerdo con toda la información proporcionada en la forma de pérdida de salarios arriba. Además, soy consciente de que la información proporcionada sobre la forma de pérdida de salarios anterior es verdadera y correcta a mi leal saber. Entiendo que las declaraciones inverdades no permitirán mi elegibilidad para cualquier y todos los beneficios adicionales del fondo de compensación de víctimas de crimen.

**FIRMA DEL EMPLEADO (VÍCTIMA):** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**PÉRDIDA DE SOLICITUD DE SOPORTE  
4TH DISTRITO JUDICIAL  
PROGRAMA DE COMPENSACIÓN DE VÍCTIMAS DE CRIMEN**

*Envíe la solicitud y las facturas relacionadas al crimen a:  
Programa de Compensación a Víctimas,  
105 E. Vermijo Ave., Suite #11, Colorado Springs, CO 80903  
Fax: 719-520-6172*

Nombre de la víctima: \_\_\_\_\_  
Nombre del sospechoso/demandado: \_\_\_\_\_

¿estaba usted y el sospechoso/acusado viviendo en la misma residencia cuando ocurrió el crimen?  SÍ  NO  
¿usted y el sospechoso/acusado siguen viviendo juntos?  SÍ  NO  
¿Hay planes inmediatos para la reunificación entre usted y el delincuente?  SÍ  NO

¿Estaba el sospechoso/acusado legalmente empleado o recibiendo beneficios a través de un programa de beneficios (por ejemplo, compensación del trabajador, discapacidad, etc.) en el momento en que ocurrió el crimen?  SÍ  NO  
Por favor proporcione documentación para los dos meses anteriores a partir de la fecha de la solicitud.

**Información de contacto del empleador del sospechoso:**

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre del supervisor: \_\_\_\_\_

El sospechoso/demandado estaba proporcionando:  apoyo total  el crimen ocurrió  No hay apoyo cuando ocurrió el crimen.

¿usted y el sospechoso/acusado tienen otras fuentes de ingresos además de los sueldos?  SÍ  NO  
Si es así, por favor enumere: \_\_\_\_\_

¿el sospechoso/demandado le proporciona apoyo financiero ahora?  SÍ  NO

Si le enviamos dinero por el apoyo perdido, ¿se beneficiará el sospechoso/demandado o tendrá acceso a él?: SÍ / NO  
Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Por favor, proporcione la prueba de la siguiente información:**

- Copias de los talones de pago del infractor (dos meses) fechados hasta la fecha del incidente/o la declaración de impuestos más reciente del sospechoso si es autónomo/o prueba de depósitos directos. Si usted no tiene acceso a los documentos financieros, por favor informe a la Junta por escrito de su situación.
- Contrato de arrendamiento para residencia compartida primaria y prueba de orden de protección (obligatoria, temporal o permanente)
- Factura (s) de servicios públicos, factura de servicio de Internet (excluido el cable), factura de teléfono (si es la fuente principal de comunicación), otros recibos de gastos domésticos o facturas
- Comprobante de solicitud y estatus de elegibilidad para asistencia gubernamental (TANF, cupones de alimentos, LEAP, etc.)

Por favor, rellene cada caja de abajo relacionada con los gastos del hogar:

\$ Cantidad:	Sospechoso/acusado pagado (lista \$ monto):	Usted pagó (lista \$ monto):
Renta/hipoteca para residencia principal:		
Utilidades:		
Internet (cable excluido):		
Teléfono (si es la fuente principal de comunicación):		
Alimentos:		
Otras necesidades del hogar (Enumere por favor):		
<b>TOTAL:</b>		

\* Por favor, tenga en cuenta, si la Junta de compensación de la víctima del crimen otorga un premio-no se distribuirá dinero sin documentación que respalde las cantidades. Dependiendo de las facturas pagadas-algunas facturas se pagarán directamente al proveedor y algunos serán clasificados como gastos reembolsables.

**Certifico que he leído y acepto todas las declaraciones y condiciones de la solicitud del fondo de compensación para víctimas de delitos; Además, soy consciente de que toda la información proporcionada en esta solicitud de formulario de apoyo perdido está sujeta a esas condiciones. Certifico que la información contenida en esta solicitud de apoyo perdido es verdadera y correcta al mejor de mis conocimientos, y entiendo que cualquier declaración falsa no permitirá mi elegibilidad para cualquier y todos los beneficios adicionales de la indemnización víctima de delito fondo.**

Firma \_\_\_\_\_ Nombre impreso \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**\* Solicitudes incompletas enviadas o aplicaciones sin firmas serán devueltas . Revisado: 5/1/19**