

JUNTA DE INDEMNIZACIÓN PARA VÍCTIMAS DE DELITOS

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



SOLICITUD DEL FONDO DE INDEMNIZACIÓN PARA VÍCTIMAS

El Programa de Indemnización para Víctimas de Delitos funciona de conformidad con lo estipulado en las secciones 24-4.1-101 y subsiguientes de los Estatutos Revisados de Colorado (C.R.S., por sus siglas en inglés).

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD:

1. Debe tratarse de un delito en el que la víctima sufre lesiones mentales o corporales, muere o sufre daños a la propiedad en las cerraduras, ventanas o puertas residenciales *exteriores* a causa de un delito indemnizable.
2. La víctima deberá cooperar por completo con los oficiales del orden público (fuerzas policiales, fiscal del distrito, etc.)
3. Se deberá denunciar el delito ante un organismo de las fuerzas policiales dentro de las primeras 72 horas.
4. La lesión o la muerte de la víctima no fue el resultado de la propia acción indebida o provocación sustancial de la víctima.
5. La victimización ocurrió el 1 de julio de 1982 o en una fecha posterior.
6. Se deberá presentar la solicitud de indemnización en un plazo de un año a partir de la fecha del delito y en un plazo de seis meses en el caso de reclamaciones por daños a la propiedad residencial.
7. El delito ocurrió en el condado de El Paso o Teller; o en otro estado o país y la víctima es residente del condado de El Paso o Teller. Se deberá haber presentado la solicitud en el estado o condado donde ocurrió el delito si tiene un programa de indemnización para víctimas.

** La Junta de Indemnización para Víctimas de Delitos puede prescindir de algunos de los requisitos indicados anteriormente por un motivo justificado o por el bien de la justicia.*

INFORMACIÓN GENERAL:

1. No es necesario que haya habido un arresto para que una víctima califique para presentar una solicitud bajo el Programa de Indemnización.
2. Se puede solicitar indemnización por gastos médicos, terapia de salud mental, dispositivos médicos necesarios (dentaduras postizas, lentes, audífonos y prótesis), lucro cesante causado por lesiones, atención ambulatoria, servicios médicos a domicilio, gastos funerarios, puertas/cerraduras/ventanas residenciales exteriores y pérdida del sustento económico de los dependientes en caso de muerte. Las solicitudes deben estar *directamente relacionadas* con el delito denunciado ante el organismo del orden público.
3. Se puede otorgar una indemnización por daños a la propiedad por el costo del cambio o reparación de puertas, cerraduras, “otros seguros” y ventanas *residenciales exteriores* que se dañen durante la perpetración de un delito. El solicitante deberá presentar una factura o presupuesto.
4. Por ley, usted deberá solicitar todas las demás fuentes de asistencia financiera o reembolso, incluidos seguros privados, Medicaid y Medicare.
5. Anexe todas las facturas, recibos y presupuestos detallados directamente relacionados con el delito. Puede presentar su solicitud si a la fecha no ha recibido ninguna factura, y luego enviarlas cuando las reciba.
6. Se verificará su reclamación y se le presentará a la Junta de Indemnización para Víctimas, un panel de tres miembros voluntarios que designe el fiscal del distrito electo. Es posible que este *proceso* tarde hasta 60 días contados a partir del momento en que se recibe toda la documentación que se requiere para la presentación de reclamaciones ante la Junta.
7. **La indemnización de una reclamación completa no podrá superar el límite reglamentario de \$30,000.** La política de la Junta limita la indemnización para categorías individuales; póngase en contacto si tiene preguntas sobre los límites específicos de las categorías.
8. En caso de denegarse su solicitud, usted tiene derecho a solicitar la reconsideración de la decisión de la Junta y a presentar información nueva o adicional que se relacione con el/los motivo(s) de la Junta para denegar o reducir su reclamación. Puede coordinar la reconsideración contactando al Programa de Indemnización para Víctimas dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que recibe el aviso de denegación o reducción de su reclamación. Puede presentarse ante la Junta en persona o por escrito mediante una carta. En caso de que la Junta ratifique la denegación, usted tiene derecho a que se revise la decisión de la Junta de conformidad con el Reglamento de Procedimiento Civil de Colorado en un plazo de 30 días.
9. Se considera que todas las solicitudes de Indemnización para Víctimas y documentos de soporte son confidenciales conforme a lo estipulado en la sección 24-4.1-107.5 de los Estatutos Revisados de Colorado. Si se emite un citatorio o solicitud de expedientes en relación con su reclamación, en conformidad con lo dispuesto en la Ley de derechos de

las víctimas, usted tiene derecho que la Fiscalía del Distrito se lo notifique. *Es posible que su solicitud y la información incluida en su expediente queden sujetas a la fase de descubrimiento en procesos judiciales por orden de un juez.*

10. Quienes solicitan Indemnización para Víctimas tienen derecho a solicitar que se suspendan las acciones de cobro mientras la Junta revisa su reclamación. Para obtener más información, póngase en contacto con Indemnización para Víctimas.
11. Si tiene preguntas sobre la solicitud, puede llamar a Indemnización para Víctimas al 719-520-6000 o enviar un correo electrónico a daovictimcompensation@elpasoco.com.

INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO DE SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN PARA VÍCTIMAS DE DELITOS

Conforme a la sección 24-4.1-105 (2)(a) de los Estatutos, el solicitante deberá entregarle al Programa de Indemnización la información pertinente que se le solicite para procesar esta solicitud. Se devolverán o retrasarán las solicitudes incompletas hasta tanto no se haya recibido toda la información.

SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA: Se considera que el nombre de la persona **lesionada o asesinada es la víctima primaria**. La **víctima secundaria** es alguien que tiene una relación cercana de tipo familiar con la víctima o alguien que es testigo del delito. Se requiere que se presenten solicitudes independientes por cada miembro de la familia que haga una solicitud. Es muy importante que indique una dirección postal *completa*, que incluya la ciudad, el estado y el código postal para que podamos seguir notificándole el estatus de su solicitud. Un número telefónico o dirección de correo electrónico nos permite contactarlo para hacerle preguntas. Es posible que le pidamos su número de Seguro Social *solo* para verificar las facturas presentadas para pago.

SECCIÓN 2 – INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE: Es la persona a la que se contactará en relación con esta reclamación. Puede ser la misma víctima primaria o puede ser un tutor legal o familiar de la víctima primaria. Mencione la relación con la víctima e indique un número de teléfono o dirección de correo electrónico de contacto. Si la persona indicada en la sección 1 es menor de edad, entonces se requiere llenar la sección 2.

SECCIÓN 3 – INFORMACIÓN DEL DELITO: Se obtendrá la mayoría de esta información de una copia de la denuncia del crimen que toma el organismo del orden público encargado de la investigación. Usted *NO* tiene que entregar la copia de la denuncia. Llenar esta sección en su totalidad, según lo que usted sabe, nos ayuda a asegurarnos de tener la denuncia correcta del crimen relacionada con su solicitud.

SECCIÓN 4 – INFORMACIÓN DE SEGURO Y OTRAS FUENTES DE GARANTÍAS: Por ley federal y estatal, Indemnización para Víctimas de Delitos es el pagador en última instancia. Si tiene disponibles otras fuentes de pago para las facturas que presenta, deberá revelar esa información. No se podrán procesar las solicitudes que estén incompletas.

SECCIÓN 5 – SOLICITUD DE SERVICIOS: Esta sección consta de nueve subsecciones. Marque los servicios con los que requiere asistencia o que prevé que necesitará asistencia. Indique (N/A) no aplicable, si no pedirá asistencia para esa subsección. La presentación de una solicitud de indemnización no garantiza que la Junta la aprobará.

- **Terapia de salud mental:** Para víctimas primarias y secundarias. Las víctimas secundarias son personas que tienen una relación cercana de tipo familiar con la víctima primaria o alguien que es testigo del delito. La Junta solo aprobará terapia con *terapeutas licenciados del estado* o candidatas a la licenciatura.
- **Médicos:** Todas las facturas deberán estar *directamente* relacionadas con el delito y son básicamente su responsabilidad. Puede enviarle al Programa de Indemnización las facturas o presupuestos relacionados con el delito a medida que los vaya recibiendo. Todas las facturas y correspondencia de seguro se verificarán para confirmar la fecha, el tipo y el costo del servicio antes de que se haga la determinación del pago.
- **Artículos médicos personales:** Se refiere a los dispositivos médicos necesarios que se hayan robado o hayan sufrido daños a consecuencia del incidente delictivo, lo que puede incluir audífonos, lentes, dentaduras postizas, etc. Envíe las facturas o presupuestos relacionados con el delito.
- **Lucro cesante:** Beneficios por un máximo de 1 mes por motivos de salud mental o un máximo de 2 meses por motivos de salud física. Puede presentar una solicitud por lucro cesante *únicamente* si no pudo ir a trabajar por sus lesiones físicas o emocionales relacionadas con el delito y no tenía vacaciones remuneradas o licencias por enfermedad que le haya dado su empleador. Deberá presentar un justificativo médico, un recibo de pago reciente y su empleador deberá verificar el tiempo no remunerado durante el cual usted tuvo que ausentarse del trabajo en un formulario que le suministrará el Programa de Indemnización. Si es trabajador independiente, deberá presentar copia de su declaración de renta del año anterior.
- **Pérdida del sustento económico de los dependientes (sin violencia doméstica):** Si la víctima primaria murió como resultado de un delito, las personas que dependían total o parcialmente de los ingresos de la víctima primaria o cuyos ingresos ahora quedarán reducidos o perdidos por la muerte de la víctima primaria pueden presentar una solicitud por pérdida del sustento económico, lo que puede incluir manutención por orden judicial. Incluya una copia del certificado de nacimiento del dependiente, prueba de la tutela permanente o copia de la licencia matrimonial y comprobante de ingresos del difunto al momento de su muerte. Se deberán presentar estas solicitudes en un plazo de 10 días a partir de la muerte de la víctima.
- **Pérdida del sustento económico de los dependientes (violencia doméstica y abuso sexual infantil):** Si se cumplen determinados criterios, se puede asignar indemnización por pérdida del sustento económico en los casos en los que la víctima viviera y dependiera económicamente del delincuente. Se deberán presentar las solicitudes por pérdida del sustento económico en un plazo de 10 días a partir del momento en que se saca legalmente al delincuente de la casa. Para obtener más información contacte a la oficina de Indemnización para Víctimas. La Junta le pedirá que presente una copia de su arrendamiento, licencia matrimonial, recibos de pago del acusado o documentos del impuesto sobre la renta, estados de cuenta que muestren los depósitos de nómina del acusado y las facturas que hay que pagar. Los cheques no se le pagan directamente a la víctima.
- **Propiedad residencial:** Mencione si tiene un deducible de seguro de propietario de vivienda; indique el monto del deducible. Si no tiene seguro de vivienda, escriba "N/A" en el espacio indicado.

- **Gastos funerarios:** Si pagó los gastos funerarios o si las facturas siguen pendientes de pago, presente todas las facturas o recibos que desee que se tengan en cuenta para pago o reembolso. La persona que pagó el funeral es la persona elegible para recibir el reembolso, en caso de aprobarse. Tenga en cuenta lo siguiente: Hay un máximo de \$9,000 por difunto para gastos funerarios/de sepelio.

SECCIÓN 6 – DEMANDA CIVIL: Al firmar la solicitud usted acepta pagar los fondos que reciba en una demanda civil por gastos que el Programa de Indemnización le pague.

SECCIÓN 7 – DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LA VÍCTIMA: Es necesario que escriba sus iniciales en cada sección y que firme y ponga la fecha para poder completar su solicitud y autorizar al Programa de Indemnización a verificar las facturas por usted.

SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA – FAVOR IMPRIMIR

*Envíe la solicitud y las facturas relacionadas con el delito a:
Victim Compensation Program
105 E. Vermijo Ave., Suite #111
Colorado Springs, CO 80903
Fax: 520-6172*

* Es la persona que solicita los servicios.

Víctima primaria Víctima secundaria

Se considera que el nombre de la persona lesionada o asesinada es la **víctima primaria**.

La **víctima secundaria** es alguien que tiene una relación cercana de tipo familiar con la víctima o alguien que es testigo del delito.

Nombre de la víctima (primer nombre, segundo nombre, apellidos)		
Dirección postal		
Ciudad	Estado	Código postal
País de residencia	Estado de residencia permanente	Correo electrónico
Teléfono de oficina	Teléfono de casa	Otro teléfono
Fecha de nacimiento	Edad al momento del delito	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		

Se utiliza la siguiente información únicamente con fines estadísticos. Se necesita esta información para cumplir con las regulaciones federales.

<p>Discapacidad:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Física</p> <p><input type="checkbox"/> Mental</p> <p>¿El delito provocó su discapacidad?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Raza:</p> <p><input type="checkbox"/> Indios americanos o nativos de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Asiática</p> <p><input type="checkbox"/> Negro o afroamericano</p> <p><input type="checkbox"/> Hispano o latino</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco de descendencia no latina o caucásico</p> <p><input type="checkbox"/> Otra raza</p> <p><input type="checkbox"/> Múltiples razas</p>	<p>Fuente de remisión:</p> <p><input type="checkbox"/> Defensor de las víctimas de la agencia policial</p> <p><input type="checkbox"/> Defensor de las víctimas de la Fiscalía del Distrito</p> <p><input type="checkbox"/> Fiscalía del Distrito</p> <p><input type="checkbox"/> Servicios sociales: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hospital: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Terapeuta: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p>
---	--	--

SECCIÓN 2 – INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE IGUAL QUE LA INDICADA ARRIBA

Llene solo si la persona que presenta la solicitud no es la víctima, es decir: padre, tutor o pariente de la víctima. Se requiere esta sección si la víctima es menor de edad, falleció o está mentalmente incapacitada.

Nombre del solicitante (padre/tutor/pariente)	Teléfono de casa
Dirección postal	Teléfono celular/teléfono de oficina
Ciudad/estado/código postal	Correo electrónico
Fecha de nacimiento	Relación con la víctima

*** Es posible que la Junta devuelva las solicitudes incompletas o sin firma.**

SECCIÓN 3 – INFORMACIÓN DEL DELITO

Tipo de delito: (marque todos los que apliquen)		<input type="checkbox"/> Violencia doméstica
<input type="checkbox"/> Agresión	<input type="checkbox"/> Robo/delito contra la propiedad	<input type="checkbox"/> Conductor borracho / agresión vehicular / homicidio vehicular
<input type="checkbox"/> Manejo negligente que causa lesiones o muerte	<input type="checkbox"/> Maltrato físico a menor de edad	<input type="checkbox"/> Atropello con fuga que causa lesiones o muerte
<input type="checkbox"/> Abuso sexual infantil por un familiar	<input type="checkbox"/> Abuso sexual infantil por persona no familiar	<input type="checkbox"/> Asesinato/homicidio
		<input type="checkbox"/> Intento de asesinato/homicidio
		<input type="checkbox"/> Abuso sexual contra una víctima adulta
		<input type="checkbox"/> Otro: _____
1. FECHA DEL DELITO:	2. FECHA DE DENUNCIA DEL DELITO	3. DEPARTAMENTO/ORGANISMO DE POLICÍA EN EL QUE SE DENUNCIÓ EL DELITO:
4. OFICIAL DE POLICÍA ASIGNADO:	5. NÚMERO DE DENUNCIA POLICIAL:	6. ¿QUIÉN COMETIÓ EL DELITO? 7. RELACIÓN CON LA VÍCTIMA:
8. ¿SE ACUSÓ AL DELINCUENTE EN EL TRIBUNAL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SE DESCONOCE		9. NÚMERO DE CASO ANTE LA FISCALÍA DEL DISTRITO:
10. ¿EL DELITO OCURRIÓ EN EL LUGAR DE TRABAJO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		11. CONDADO EN EL QUE OCURRIÓ EL DELITO:

SECCIÓN 4 – INFORMACIÓN DE SEGURO/OTRA FUENTE DE GARANTÍA

Indique si lo siguiente le es aplicable y su solicitud de reclamación:

Fuente	Sí	No	Nombre de la aseguradora/ número de teléfono	N.º de póliza/ n.º de grupo
Seguro privado				
Medicaid				
Seguro grupal				
Medicare.				
Indemnización laboral				
Seguro de discapacidad				
Seguro de automóviles				
Seguro de propietarios/ inquilinos				
Cobertura militar				
Otro				

Usted tiene que presentarle todas las facturas a su aseguradora u otra fuente de garantía relacionada con su solicitud de asistencia; marque todas las fuentes de pago alternativo de las facturas entregadas al Programa de Indemnización.

SECCIÓN 5 – SOLICITUD DE SERVICIOS (marque todas las casillas que apliquen)

Presente copia de las facturas o presupuestos relacionados con el delito de todos los servicios a medida que los reciba.

TERAPIA DE SALUD MENTAL

En caso de que usted ya esté asistiendo a terapia, llene la siguiente información:

Nombre del terapeuta _____ Número de teléfono _____

¿Necesita un intérprete? Sí No

COMPLEMENTOS DE LA TERAPIA PARA LA SALUD MENTAL (es posible que se aprueben según cada caso)
Se requiere que el terapeuta de salud mental o médico tratante del solicitante presente las referencias detalladas antes de que la Junta considere una solicitud de indemnización de alguna modalidad complementaria de tratamiento de salud mental, incluso autodefensa.

ENTRENAMIENTO DE AUTODEFENSA (es posible que las solicitudes se revisen por caso y, a criterio de la junta, se podrá otorgar una exención de remisión de un terapeuta de salud mental o médico tratante)

*** Es posible que la Junta devuelva las solicitudes incompletas o sin firma.**

MÉDICOS: La Junta podrá requerir remisiones o planes de tratamiento antes de considerar su solicitud.

Hospital: Sí No **Médico:** Sí No **Odontología:** Sí No

Fisioterapia: Sí No **Quiropráctica:** Sí No (máximo - \$1,500)

Atención de enfermería domiciliaria: Sí No (máximo - \$7,000 por familia) **Otro:** _____

Acupuntura: Sí No (máximo - \$1,000 por familia)

Servicios de interpretación: Sí No

ARTÍCULOS MÉDICOS PERSONALES

¿Se robaron, se dañó o se destruyó el artículo durante el incidente delictivo? Sí No

Lentes/lentes de contacto: Sí No (Máx. - \$600) **Dentaduras postizas:** Sí No **Audífonos:** Sí No

Dispositivos protésicos: Sí No **Medicamento:** Sí No **Otro:** _____

PÉRDIDA SALARIAL DEBIDO A LA LESIÓN DE LA VÍCTIMA PRIMARIA ÚNICAMENTE El lucro cesante no aplica a salarios caídos por denunciar el delito, testificar en tribunales, interrogatorios con la policía/DA, etc. Para calificar para salarios caídos, tiene que haber estado empleado en el momento del incidente.

¿Pudo la víctima usar alguno de estos tipos de licencia por lesión física o emocional causada por el delito?

Licencia por enfermedad: Sí No **Vacaciones:** Sí No **Permiso personal:** Sí No

Ley de licencias familiares y médicas: Sí No

Vea la página de instrucciones de la solicitud y entregue la documentación de soporte junto con su solicitud. Si no la presenta, es posible que su solicitud se retrase o se deniegue.

PÉRDIDA DEL SUSTENTO ECONÓMICO DE LOS DEPENDIENTES

Las personas que **dependían total o parcialmente de los ingresos de la víctima** al momento de su muerte o cuyos ingresos se han reducido gravemente o se han perdido por el incidente delictivo pueden calificar para recibir una indemnización. Solo para casos de homicidio.

PÉRDIDA DE SUSTENTO ECONÓMICO DEL HOGAR

Las indemnizaciones pueden aplicar a gastos específicos del hogar únicamente. Solo para casos de violencia doméstica y abuso sexual.

* Se deberán presentar las solicitudes en un plazo de 10 días a partir del momento en que se saca legalmente al delincuente de la casa. Se paga la pérdida del sustento económico por hasta un 85% de los salarios brutos correspondientes a un período de 8 semanas. Indemnización para Víctimas no pagará más de \$6,500 por familia por pérdida del sustento económico. Vea la página de instrucciones o llame a Indemnización para Víctimas para pedir una lista de la documentación requerida. **Deberá entregar el formulario de pérdida del sustento económico junto con su solicitud.**

PROPIEDAD RESIDENCIAL (Dañada o destruida durante el delito / máximo hasta el monto del deducible)
Puertas exteriores: Sí No Ventanas exteriores: Sí No Otras cerraduras: Sí No
Cambio de las cerraduras exteriores: Sí No Limpieza de la escena del crimen: Sí No
Monto del deducible del seguro: \$ _____
Solicitud de sistema de seguridad: Sí No (Debe ser el propietario /máximo - \$1,000 o hasta el monto del deducible)

GASTOS FUNERARIOS: Presente copia de las facturas detalladas, si las tiene. (\$9,000 máximo por funeral/sepelio.)
¿Se pagaron los gastos funerarios? Sí No _____
Proveedor de servicios funerarios y número de teléfono

Nombre de la persona que pagó los gastos funerarios Número de teléfono

SOLICITUD DE EMERGENCIA: En este momento la Junta de Indemnización para Víctimas del Cuarto Distrito Judicial no acepta solicitudes de emergencia.

*** Es posible que la Junta devuelva las solicitudes incompletas o sin firma.**

SECCIÓN 6 – DEMANDA CIVIL

DEMANDA CIVIL: ¿Tiene planeado demandar a la(s) persona(s) o empresa responsable de esta lesión? Sí No

Nombre del abogado civil: _____ Dirección postal: _____

Número de teléfono: _____ NOTA: Se debe notificar a la Junta de Indemnización para Víctimas de Delitos sobre toda acción civil que se entable y se le debe proporcionar evidencia escrita del monto y los términos del acuerdo.

SECCIÓN 7 – DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

LEA ATENTAMENTE, ESCRIBA SUS INICIALES EN CADA SECCIÓN, FIRME Y FECHE.

Se tendrán por incompletas las solicitudes que no tengan cada casilla marcada con sus iniciales.

CERTIFICADO DE SOLICITUD: La información contenida en esta solicitud de Indemnización para Víctimas de Delitos es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si presento declaraciones falsas o documentación falsificada, se puede denegar mi reclamación y es un acto penado por la ley.

RESPONSABILIDAD DEL SOLICITANTE: Entiendo que soy responsable de mis facturas relacionadas con el delito y que me corresponde entregarle la documentación necesaria a la Junta de Indemnización para Víctimas de Delitos para ayudar con la verificación de mi reclamación. Debo también notificarles mi solicitud bajo el Programa de Indemnización para Víctimas de Delitos a los proveedores de servicios.

COOPERACIÓN: Entiendo que si no coopero con los organismos del orden público (policía, alguacil, fiscal, etc.), ello puede dar lugar a la denegación de mi reclamación. Además, también sé que si no coopero con la fiscalía del caso que causó mis pérdidas, no seré elegible para recibir indemnización adicional y será totalmente mi responsabilidad reembolsarle al Programa de Indemnización para Víctimas todas y cada una de las indemnizaciones que haya recibido.

ACUERDO DE SUBROGACIÓN: Por medio del presente acepto notificarle al Programa de Indemnización para Víctimas si llego a tener beneficios a mi disposición, lo que incluye, entre otros, una demanda civil, como pago de los mismos gastos recibidos del Programa de Indemnización para Víctimas. Acepto, además, mantener la cantidad de fondos recuperados necesarios para reembolsarle al Programa de Indemnización en la medida de la indemnización que reciba del Programa.

PROCESO DE SOLICITUD ALTERNATIVO: Si considera que la Junta de Indemnización para Víctimas del Cuarto Distrito Judicial no puede revisar su reclamación de manera imparcial debido a una relación personal o profesional con dos o más miembros de la Junta, se enviará su reclamación a otro distrito para su revisión cuando la Junta haya declarado el conflicto. El Cuarto Distrito Judicial deberá recibir una solicitud escrita de revisión alternativa. Si se aprueba su reclamación, se pagarán las facturas desde el Cuarto Distrito Judicial. Entiendo que esto puede retrasar el procesamiento de mi reclamación.

REINTEGRO DE LA INDEMNIZACIÓN PARA VÍCTIMAS DE DELITOS: Por medio del presente acepto pagarle al Fondo de Indemnización para Víctimas de Delitos, si recibo pagos del delincuente (resarcimiento o demanda civil), del seguro o de otro organismo gubernamental o privado como indemnización por esta lesión o muerte luego de recibir el pago del Fondo de Indemnización para Víctimas de Delitos.

DERECHO DE RECONSIDERACIÓN: Si deniegan mi reclamación de indemnización, se me notificará por escrito el motivo de la denegación. Entiendo que tengo derecho a solicitar la reconsideración de la Junta de Indemnización para Víctimas de Delitos, lo que podré hacer mediante la entrega de una carta en un plazo de 60 días, que aborde el motivo de la denegación según se establece en la carta. Usted deberá entonces comparecer en persona en la siguiente reunión programada de la Junta para exponer su caso. Entiendo que recae sobre mí como solicitante la carga de la prueba para demostrar que la reclamación es razonable e indemnizable conforme a lo estipulado en la Ley de indemnización para víctimas de delitos de Colorado. En caso de que la Junta ratifique la denegación luego de la reconsideración, entiendo que puedo solicitar que un tribunal de distrito revise la decisión de la Junta de conformidad con lo establecido en el Reglamento de Procedimiento Civil de Colorado.

LIBERACIÓN DE LOS FONDOS: Por medio de la presente autorizo que se liberen los fondos que se me asignan en virtud de la Ley de indemnización para víctimas de delitos de Colorado para que se les paguen directamente a los proveedores de servicios/el solicitante que pagó los gastos extra según aplique a mi reclamación. Entiendo que la aprobación de la solicitud de mi reclamación está sujeta a la disponibilidad de los fondos y al criterio de la Junta.

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Por medio de la presente autorizo la divulgación de toda la información de mi empleador, médico, hospital, Departamento de Servicios Sociales, abogado civil, proveedores de servicios médicos o de salud mental o acreedor u organismo con el fin de verificar las reclamaciones que he presentado para establecer la validez de una reclamación. Entiendo, además, que toda información que se proporcione puede estar sujeta a divulgación conforme a las disposiciones de la ley. Podré revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, salvo cuando ya se haya tomando la acción con base en la presente. Con mi firma autorizo que se divulgue toda la información tal como se especificó anteriormente. La copia o reproducción exacta de esta autorización firmada tendrá el mismo efecto que la original.

Firma de la víctima/solicitante

Fecha

Nombre en letra de imprenta de la víctima/solicitante

Revisado el 7/1/20

*** Es posible que la Junta devuelva las solicitudes incompletas o sin firma.**

PROGRAMA DE INDEMNIZACIÓN PARA VÍCTIMAS

Cuarto Distrito Judicial
 105 E. Vermijo, Suite #111
 Colorado Springs, CO 80903
 (719) 520-6000 Fax: (719) 520-6172

Escriba en letra de imprenta

PÉRDIDA DE SALARIOS

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

EL PROGRAMA SOLO BRINDARÁ INDEMNIZACIÓN A LA VÍCTIMA POR LOS SALARIOS PERDIDOS DEBIDO A LESIONES FÍSICAS O EMOCIONALES OCURRIDAS COMO CONSECUENCIA DIRECTA DEL DELITO. No se pagarán los salarios caídos por tiempo perdido en comparecencias en tribunales, citas con personal de justicia penal o citas con proveedores de servicios.

Si está solicitando indemnización por pérdida salarial, **llévele este formulario a su empleador y pídale a su supervisor/empleador que lo llene y firme cada mes.** Usted deberá suministrar la siguiente documentación:

- 1) Deberá llenar y enviar este formulario acompañado de dos recibos de pago o una copia completa de su última declaración de renta si es trabajador independiente para que se pueda procesar su solicitud.
- 2) Una carta de su médico tratante o terapeuta que indique su incapacidad para trabajar debido a las lesiones sufridas como consecuencia del delito e indique el tiempo de incapacidad para trabajar. **LAS SOLICITUDES DE MÁS DE 5 DÍAS DE SALARIOS CAÍDOS REQUIEREN QUE SE PRESENTE UN JUSTIFICATIVO MÉDICO.**
- 3) Si solicita asistencia por pérdida salarial por más de un mes, deberá llevarle este formulario a su empleador cada mes para su verificación

NOMBRE DEL EMPLEADO:	CARGO LABORAL:	¿ESTABA ESTA PERSONA EMPLEADA PARA LA FECHA DE LA LESIÓN? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Primer día que faltó al trabajo: _____ Último día que faltó al trabajo: _____	¿HA REGRESADO ESTA PERSONA AL TRABAJO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿FECHA EN LA QUE REGRESÓ? / /
¿SUFRIÓ ESTA PERSONA UNA LESIÓN MIENTRAS SE ENCONTRABA EN EL TRABAJO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿SE LE PAGÓ INDEMNIZACIÓN LABORAL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿DURANTE QUÉ PERÍODO? DESDE: HASTA:
¿SE LE PAGÓ LA LICENCIA POR ENFERMEDAD / PERMISO ANUAL / LICENCIA FAMILIAR Y MÉDICA O POR DISCAPACIDAD? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿DURANTE QUÉ PERÍODO? DESDE: HASTA:	HORAS TRABAJADAS POR DÍA
HORAS TRABAJADAS POR SEMANA	HORAS TRABAJADAS POR MES	CANTIDAD DE DÍAS QUE FALTÓ
TARIFA DE PAGO <input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> POR COMISIÓN		
\$ _____ <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> DIARIA <input type="checkbox"/> OTRA _____		

MONTO TOTAL DE LA PÉRDIDA SALARIAL: \$ _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR (EMPRESA): _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR (SUPERVISOR/REPRESENTANTE): _____

CARGO LABORAL: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

FIRMA DEL EMPLEADOR (SUPERVISOR/REPRESENTANTE): _____

Certifico que he leído y acepto toda la información indicada en el Formulario de pérdida salarial anterior. Además, sé que la información indicada en el Formulario de pérdida salarial anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que las declaraciones falsas invalidarán mi elegibilidad para recibir los beneficios del Fondo de Indemnización para Víctimas de Delitos.

FIRMA DEL EMPLEADO (VÍCTIMA): _____ **FECHA:** _____

SOLICITUD POR PÉRDIDA DEL SUSTENTO ECONÓMICO

Envíe la solicitud y las facturas relacionadas
con el delito a:
Victim Compensation Program
105 E. Vermijo Ave., Suite #111
Colorado Springs, CO 80903 Fax: 520-6172

Nombre de la víctima/solicitante: _____

Nombre del delincuente: _____

¿Vivían usted y el delincuente en la misma residencia cuando ocurrió el delito? ___ Sí ___ No

¿Siguen usted y el delincuente viviendo juntos? ___ Sí ___ No

¿Sacaron legalmente al delincuente de la casa? ___ Sí ___ No

¿Hay planes inmediatos de reunión entre usted y el delincuente? ___ Sí ___ No

¿Estaba el delincuente legalmente empleado o recibía beneficios de algún programa (p. ej., indemnización laboral, discapacidad, etc.) cuando ocurrió el crimen? ___ Sí ___ No

Incluya documentación de los dos meses anteriores a la fecha de la solicitud.

Información de contacto del empleador del delincuente:

Nombre de la empresa: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Supervisor: _____

Cuando el delito ocurrió la oferta era de: ___ Apoyo total ___ Apoyo parcial ___ Ningún apoyo

¿Tenían usted y el delincuente alguna otra fuente de ingresos aparte de sus salarios? ___ Sí ___ No

Si la respuesta es "sí", indíquelas: _____

¿Recibe usted actualmente apoyo del delincuente? ___ Sí ___ No

Si se le asigna la indemnización, ¿se beneficiará el delincuente o este tendrá acceso a la indemnización? ___ Sí ___ No

Si la respuesta es "sí", explique: _____

Incluya prueba de la siguiente información:

- Copia de los recibos de pago del delincuente (dos meses) fechados hasta la fecha del incidente / o la última declaración de renta si es trabajador independiente /o comprobante de depósitos directos. Si no tiene acceso a los documentos financieros, notifíquelo la situación por escrito a la Junta. Informarle por escrito a la Junta no garantiza que se apruebe su solicitud.
- Contrato de arrendamiento de vivienda principal compartida y comprobante de la medida de protección (obligatoria, temporal o permanente)
- Factura(s) de servicios públicos, factura del servicio de internet (sin incluir el cable), factura de teléfono (si es la principal fuente de comunicación), otros recibos o facturas de gastos del hogar.
- Comprobante de la solicitud y estatus de elegibilidad para recibir asistencia gubernamental (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), cupones de alimentos, Programa de Asistencia para la Energía de Hogares de Bajos Ingresos (LEAP, por sus siglas en inglés), etc.)

Llene cada una de las siguientes casillas que apliquen a sus gastos del hogar:

Monto en \$:	El delincuente pagó (indique el monto en \$):	Usted pagó (indique el monto en \$):
Renta/hipoteca de vivienda principal:		
Servicios públicos:		
Internet (sin incluir el cable):		
Teléfono (si es la principal fuente de comunicación):		
Alimentos:		
Otras necesidades del hogar (enumérelas):		
TOTAL:		

* Tenga en cuenta que, dependiendo de las facturas pagadas, algunas facturas se le pagarán directamente al proveedor y otras se clasificarán como gastos reembolsables.

Certifico que he leído y acepto todas las declaraciones y condiciones de la Solicitud de Fondos de Indemnización para Víctimas de Delitos; además, soy consciente de que toda la información proporcionada en esta solicitud por pérdida del sustento económico está sujeta a esas condiciones. Certifico que la información incluida en esta solicitud de asistencia por pérdida del sustento económico es verdadera y correcta a mi leal saber y entender y comprendo que cualquier declaración falsa invalidará mi elegibilidad para todos y cada uno de los beneficios del Fondo de Indemnización para Víctimas de Delitos.

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta

Fecha: _____

*Es posible que se devuelvan las solicitudes incompletas o sin firma.

Revisado 7/1/20