

Nombre del solicitante:

Fecha de nacimiento:

**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO DE COLUMBIA  
SOLICITUD DEL PROGRAMA DE INDEMNIZACIÓN A LAS**

**VÍCTIMAS DE DELITOS (CVCP)**

**FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD:**

**NOMBRE DEL SOLICITANTE (persona que solicita la indemnización):**

*Si está ayudando a alguien a rellenar este formulario, responda a todas las preguntas como si fuera usted el solicitante.*

Elija todas las opciones que procedan:

Soy la víctima

Soy una víctima secundaria (marque la casilla que corresponda):

Soy cónyuge, hijo(a), nieto(a), padre, madre, hermano(a), suegro(a) de la víctima

Vivía en el hogar de la víctima en el momento del delito

Dependía de forma total o parcial de la víctima para el cuidado y manutención

Pagué los gastos médicos, funerarios o de entierro causados por el delito

Tenía vínculos estrechos con la víctima

Fui testigo del delito

Nombre de la víctima: \_\_\_\_\_

Presento la solicitud en nombre de una víctima

Presento la solicitud en nombre de una víctima secundaria

Mi dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono preferido:

Teléfono alternativo:

Fecha de nacimiento:

Correo electrónico:

Idioma principal:

Pronombres (opcional):

Raza:

**Si presenta la solicitud en nombre de una víctima o de una víctima secundaria, facilite sus datos:**

Nombre:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono:

Fecha de nacimiento:

Relación con la víctima/víctima secundaria:  Padre/madre  Tutor  Representante personal

Otra \_\_\_\_\_ (describa la relación)

Nombre del solicitante:

Fecha de nacimiento:

### INFORMACIÓN SOBRE EL DELITO

Encierre en un círculo todos los delitos o tentativas de delito que hayan causado lesiones físicas, traumas emocionales o muerte a la víctima o a una víctima secundaria.

<input type="checkbox"/> Incendio provocado	<input type="checkbox"/> Crueldad contra menores	<input type="checkbox"/> Secuestro	<input type="checkbox"/> Disturbios	<input type="checkbox"/> Acoso	<input type="checkbox"/> Infracciones de tráfico (Conducción bajo los efectos del alcohol, conducción imprudente, etc.)
<input type="checkbox"/> Asalto	<input type="checkbox"/> Destrucción de la propiedad por una pareja íntima	<input type="checkbox"/> Tráfico laboral	<input type="checkbox"/> Robo	<input type="checkbox"/> Terrorismo	<input type="checkbox"/> Uso ilegal de un explosivo
<input type="checkbox"/> Robo	<input type="checkbox"/> Violencia Voyerismo	<input type="checkbox"/> Desfiguración maliciosa	<input type="checkbox"/> Tráfico sexual	<input type="checkbox"/> Amenazas	<input type="checkbox"/> Doméstica
<input type="checkbox"/> Robo de automóvil	<input type="checkbox"/> Homicidio	<input type="checkbox"/> Caos	<input type="checkbox"/> Abuso o agresión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Arma de destrucción masiva
<input type="checkbox"/> Maltrato hacia los animales	<input type="checkbox"/> Destrucción de la propiedad en su hogar o vehículo por alguien que dispara un arma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Actividad sexual utilizando a un menor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Negligencia, abuso o explotación de adulto vulnerable o anciano

Fecha del delito:

Lugar del delito:

*Sea lo más específico posible.*

Breve descripción del delito y lesiones:

Nombre del agresor (si se conoce):

### DOCUMENTACIÓN DEL DELITO (debe seleccionar al menos una opción)

*Incluya los documentos que marque a continuación si dispone de ellos.*

<input type="checkbox"/> Número de informe policial: _____ Fecha del informe policial: _____	<i>Si se denuncia más de 7 días después de la infracción, explique por qué:</i>
---	---

<input type="checkbox"/> Orden de protección civil temporal o definitiva	Número de caso: _____
--	-----------------------

<input type="checkbox"/> Orden temporal o definitiva contra el acoso	Número de caso: _____
--	-----------------------

<input type="checkbox"/> Examen médico forense
--

<input type="checkbox"/> Caso de negligencia infantil presentado
--

<input type="checkbox"/> Orden judicial de liberación anticipada del agresor
--

Si no puede obtener uno de los documentos anteriores debido a la edad del solicitante, su estado físico, su estado psicológico, barreras culturales o lingüísticas, u otro problema de salud o seguridad:

<input type="checkbox"/> otra orden judicial
--

<input type="checkbox"/> expediente policial; o expediente
--

<input type="checkbox"/> médico.
----------------------------------

<b>Nombre del solicitante:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
--------------------------------	-----------------------------

## PARTE II - INDEMNIZACIÓN

MARQUE LA CASILLA CORRESPONDIENTE A LA AYUDA QUE SOLICITA	LUEGO RELLENE
<input type="checkbox"/> Alojamiento temporal de emergencia o gastos de mudanza para víctimas en peligro inmediato	Sección 1
<input type="checkbox"/> Gastos médicos/gastos dentales/servicios de salud mental	Sección 2
<input type="checkbox"/> Gastos funerarios	Sección 3
<input type="checkbox"/> Pérdida de ingresos/salarios	Sección 4
<input type="checkbox"/> Pérdida de apoyo a los sobrevivientes de homicidio	Sección 5
<input type="checkbox"/> Indemnización para las víctimas secundarias o las personas dependientes	Sección 6
<input type="checkbox"/> Pérdida de servicios y gastos por sustitución	Sección 7
<input type="checkbox"/> Sustitución de prendas conservadas como prueba	Sección 8
<input type="checkbox"/> Medidas de seguridad para el hogar	Sección 9
<input type="checkbox"/> Limpieza de la escena del delito	Sección 10
<input type="checkbox"/> Transporte para recibir los servicios	Sección 11
<input type="checkbox"/> Reembolso por transporte alternativo a causa de un automóvil retenido como prueba	Sección 12
<input type="checkbox"/> Gastos veterinarios	Sección 13
<input type="checkbox"/> Acuerdo de restitución (si se ordena al agresor que le pague dinero en un caso penal)	Sección 14
<input type="checkbox"/> Otra (especifique)	

**TODOS LOS SOLICITANTES DEBEN RELLENAR LA SECCIÓN 15: RECURSOS COLATERALES**

<b>SECCIÓN 1 - ALOJAMIENTO TEMPORAL Y GASTOS DE MUDANZA - Regla 29</b>	
Límite: hasta \$3,000 para alojamiento temporal y hasta \$1,500 para gastos de mudanza	
¿Solicita alojamiento temporal?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Solicita gastos de mudanza?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, presente una copia del contrato de alquiler.
También debe presentarse un formulario de remisión.	<input type="checkbox"/> Marque aquí si se adjunta la remisión

<b>SECCIÓN 2 - INFORMACIÓN MÉDICA/DENTAL/DE SALUD MENTAL - Regla 13, Regla 24</b>				
Límite: salud mental hasta \$3,000 para adultos y hasta \$6,000 para menores				
Seguro médico y dental: hasta \$25,000 como máximo (incluye todas las demás indemnizaciones)				
¿Recibió tratamiento médico, dental o de salud mental relacionado con el delito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Nombre del médico, hospital u otro proveedor	Dirección	Ciudad/estado/código postal	Número de teléfono	Monto de la factura
<p>Añada proveedores adicionales en una hoja aparte. Presente copias de todas las facturas disponibles recibidas hasta la fecha.</p> <p>Adjunte todas las declaraciones de pago del seguro y los rechazos.</p> <p><b>SE LE PEDIRÁ QUE RELLENE FORMULARIOS DE AUTORIZACIÓN Y DIVULGACIÓN</b></p>				



<b>Nombre del solicitante:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
--------------------------------	-----------------------------

**SECCIÓN 6 - VÍCTIMAS SECUNDARIAS y PERSONAS DEPENDIENTES**

Presente copias de los certificados de nacimiento de los hijos. Indique las personas dependientes de la víctima y los integrantes del grupo familiar y si solicitarán asesoramiento en salud mental a causa de este delito.

Rellene la siguiente información sobre las personas dependientes. (Persona dependiente significa una persona que depende de forma total o parcial de la víctima para su cuidado o manutención e incluye a un hijo(a) de la víctima nacido(a) después del fallecimiento de esta).

Nombre	Fecha de nacimiento	Dirección	¿Busca asesoramiento debido a un delito?	Relación con la víctima
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

**SECCIÓN 7 - PÉRDIDA DE SERVICIOS Y GASTOS POR SUSTITUCIÓN - Regla 31**

Límite: hasta \$200.00 por semana, sin superar los \$2,500

Indique todos los servicios, como el cuidado infantil y el mantenimiento del hogar, que la víctima ya no presta como consecuencia directa del delito.

SERVICIOS	GASTOS INCURRIDOS

**SECCIÓN 8 - SUSTITUCIÓN DE PRENDAS DE VESTIR - Regla 27**

Límite: hasta \$100 (no se reembolsará si la víctima ha fallecido)

¿Los agentes de las fuerzas del orden retuvieron alguna prenda de vestir de la víctima como prueba?  SÍ  NO

Indique las prendas de vestir retenidas: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 9 - MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA EL HOGAR - Regla 32**

Límite: hasta \$1,000

¿Busca medidas de seguridad para su vivienda como consecuencia del delito?  SÍ  NO

Presente la factura o recibo de los servicios.

**SECCIÓN 10 - LIMPIEZA DE LA ESCENA DEL DELITO - Regla 26**

Límite: hasta \$1,000

¿Busca un servicio de limpieza de la escena del delito que tenga un costo razonable?  SÍ  NO

Presente la factura o recibo de los servicios.

**SECCIÓN 11 - GASTOS DE TRANSPORTE - Regla 35**

Límite: hasta \$100 para viajes locales y \$500 para viajes fuera del estado necesarios

¿Necesita ayuda con los gastos de transporte para recibir tratamiento o servicios como consecuencia del delito?  SÍ  NO

<b>Nombre del solicitante:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
--------------------------------	-----------------------------

**SECCIÓN 12 - REEMBOLSO POR TRANSPORTE ALTERNATIVO** (cuando el automóvil de la víctima o de la víctima secundaria es retenido por la policía como prueba o para recolectar pruebas) - **Regla 33**  
 Límite: hasta \$2,000

¿La policía retuvo su automóvil como prueba de este delito?  SÍ  NO

Agencia que retiene el automóvil como prueba:

Nombre y número de teléfono del agente de las fuerzas del orden:

Presente copia de los recibos de transporte.

**SECCIÓN 13 - GASTOS VETERINARIOS**  
 Límite: hasta \$1000

¿Su animal recibió tratamiento veterinario como consecuencia de maltrato animal?  SÍ  NO

Presente copia de la factura.

**SECCIÓN 14 - RESTITUCIÓN Y DAÑOS**  
 Si alguna vez un tribunal ordena que se le pague a usted a causa del delito, debe informar al Programa de Indemnización a las Víctimas de Delitos (Crime Victims Compensation Program, CVCP).

¿Un juez ordenó que se le pague a usted (víctima o solicitante) a causa del delito?  SÍ  NO

N.º del caso judicial:

**SECCIÓN 15 - INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS Y DE OTRAS FUENTES COLATERALES**  
 El CVCP debe tener en cuenta todos los recursos colaterales (otras ayudas a su disposición) a la hora de examinar una solicitud de indemnización.  
**ES POSIBLE QUE DEBA RELLENAR FORMULARIOS DE AUTORIZACIÓN Y DIVULGACIÓN POR SEPARADO PARA LA DOCUMENTACIÓN DE SUS FUENTES COLATERALES**

Fuente	SÍ	NO	Estado de la solicitud	Monto pagado
Seguro médico				
Seguro de automóvil				
Compensación laboral				
Medicare				
Medicaid				
Administración de Veteranos				
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)				
Pagos por vacaciones/anuales/por enfermedad				
Cupones de alimentos				
Beneficios por discapacidad				
Seguro dental				
Seguro de vida				
Seguro de sepelio				
Beneficios por desempleo				
Seguro Social				
Agencia de Servicios para Niños y Familias (pago de gastos de asesoramiento)				
Vivienda de la Sección 8/Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (Housing and Urban Development, HUD)				
Seguro veterinario				

<b>Nombre del solicitante:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
--------------------------------	-----------------------------

**DECLARACIÓN Y AFIRMACIÓN**

- Entiendo que el CVCP obtendrá registros oficiales de las fuerzas del orden o documentos judiciales relacionados con mi reclamación.
- Entiendo que no puedo recibir el reembolso hasta que el CVCP verifique los costos y el tratamiento de las lesiones o traumatismos causados por el delito.
- El CVCP me notificará si mi solicitud ha sido aprobada o denegada.
- También debo notificar al CVCP si demando al agresor o si el tribunal ordena a este que me pague una restitución. Entiendo que si obtengo algún dinero de un juicio relacionado con el delito o el tribunal ordena la restitución, es posible que tenga que reembolsar los fondos que recibí del CVCP también relacionados con el mismo delito.
- Si el Distrito de Columbia lo desea, puede presentar su propia demanda contra el agresor para recuperar el dinero pagado por el CVCP. Si el Distrito de Columbia demanda al agresor para recuperar los fondos, debo cooperar plenamente con la demanda.

**POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE AVISARÉ AL PROGRAMA DE INDEMNIZACIÓN A LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN CASO DE QUE INTERPONGA UNA DEMANDA CONTRA EL AGRESOR O DE QUE EL TRIBUNAL ORDENE A ESTE QUE ME RESTITUYA.**

**ENTIENDO QUE ES UN DELITO MENOR PRESENTAR A SABIENDAS INFORMACIÓN FALSA CON RESPECTO A UNA RECLAMACIÓN, Y CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD, LA SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN Y CUALQUIER DOCUMENTO PRESENTADO PARA UNA INDEMNIZACIÓN A VÍCTIMAS DE DELITOS ES VERDADERA, CORRECTA Y COMPLETA A MI LEAL SABER Y ENTENDER. *Consulte el Código del Distrito de Columbia (DC), Sección 4-513.***

\_\_\_\_\_  
 Firma de la víctima/víctima secundaria o de la persona que presenta la solicitud en nombre de la víctima/víctima secundaria

\_\_\_\_\_  
 Fecha

**Marque aquí si adjunta un documento de identificación con fotografía**  
*Si no se facilita un documento de identificación, un miembro del personal se pondrá en contacto con usted para buscar otra forma de confirmar su identidad.*

Envíe la solicitud completa por correo electrónico a [CVCPapplications@dcsc.gov](mailto:CVCPapplications@dcsc.gov) o por correo postal o en persona a 515 5th Street, NW #109, Washington, D.C. 20001; o consulte los sitios remotos.

**Espere 5 días hábiles para que un miembro del equipo del CVCP revise su solicitud de indemnización. Si tiene alguna pregunta, llame al 202 879-4216.**