

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO DE COLUMBIA PROGRAMA DE COMPENSACIÓN PARA VÍCTIMAS DE DELITOS

515 Fifth Street, N.W., Suite 109
Washington, D.C. 20001



SOLICITUD DE COMPENSACIÓN PARA VÍCTIMAS DE DELITOS

APPL

FECHA DE RECEPCIÓN: _____

NÚMERO DE CASO: _____

INSTRUCCIONES

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Por favor escriba a máquina o en letra de imprenta. 2. Si necesita más espacio, agregue hojas. 3. Si necesita ayuda para completar el formulario, llame al (202) 879-4216 o venga a la oficina del Programa de Compensación para Víctimas de Delitos a la dirección indicada anteriormente. 4. Incluya el informe policiaco o documentación del delito. 5. Agregue todos los cobros médicos o fúnebres y preséntelos con su solicitud para facilitar el proceso. 6. El reclamante debe firmar la solicitud. Si la víctima es menor de 18 años de edad, la solicitud debe ser firmada por un padre o apoderado. | <ol style="list-style-type: none"> 7. NO INCLUYA los gastos por pérdidas o daños a sus bienes ni por el dolor o sufrimiento, porque no están cubiertos por la ley del Distrito de Columbia. 8. Si usted no sabe la respuesta de una pregunta, por favor escriba "desconocido" en el espacio indicado. 9. Firme la autorización de divulgación de información. 10. Presentar información que usted sabe que es falsa u ocultar información importante es un delito y se le puede sancionar con multa, prisión o decomiso de la compensación. 11. Lo máximo que se puede pagar por reclamo es \$25,000. Hay límites para ciertos gastos. 12. El delito tiene que haber ocurrido en el Distrito de Columbia. |
|--|--|

Esta solicitud es para cubrir:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ingresos no devengados
<input type="checkbox"/> Pérdida de apoyo económico
<input type="checkbox"/> Pérdida de servicios
<input type="checkbox"/> Gastos médicos o dentales
<input type="checkbox"/> Gastos fúnebres
<input type="checkbox"/> Transporte para recibir servicios | <input type="checkbox"/> Gastos de salud mental
<input type="checkbox"/> Gastos por limpieza de lugar del delito
<input type="checkbox"/> Reemplazo de cualquier vestimenta que hayan retenido como pruebas (No hay reembolso si la víctima ha fallecido)
<input type="checkbox"/> Gastos por alojamiento temporal o por mudanza para víctimas que corren peligro inminente
<input type="checkbox"/> Gastos por cambio de ventanas, puertas y cerraduras para seguridad de la casa |
|---|--|

SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN SOBRE LA VÍCTIMA (Completar una solicitud para cada víctima)

NOMBRE DE LA VÍCTIMA (La víctima es la persona lesionada como resultado de un delito.)

Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
------------------	--------	--------	---------------

Número de teléfono	Número de teléfono del trabajo/otro
--------------------	-------------------------------------

Fecha de nacimiento	Número de seguro social
---------------------	-------------------------

Medios adicionales para comunicarnos con la víctima / teléfono celular / familiar/ correo electrónico

INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE (la persona solicitante a nombre de víctima fallecida, incapacitada o menor de edad)

Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
------------------	--------	--------	---------------

Número de teléfono	Número de teléfono del trabajo o modo adicional de comunicarnos
--------------------	---

Fecha de nacimiento	Número de seguro social
---------------------	-------------------------

La siguiente información acerca de la víctima se usa sólo para fines estadísticos.

La víctima es, era, está o estaba:

Discapacitada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Idioma Primario: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ (Especifique)	Raza: <input type="checkbox"/> Afroamericana <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Hispana o latinoamericana <input type="checkbox"/> Indoamericana u oriunda de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática o Isleña del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra _____ (Especifique)	¿Quién le derivó al programa de compensación? <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Fiscalía <input type="checkbox"/> Departamento de Justicia <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Prensa (TV, Radio, etc.) <input type="checkbox"/> Oficina de violencia doméstica <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	--	---	--

SECCIÓN 2 – INFORMACIÓN DE DELITO

Tipo de Delito (por favor escoja uno):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Incendio premeditado | <input type="checkbox"/> Violencia doméstica | <input type="checkbox"/> Homicidio |
| <input type="checkbox"/> Agresión | <input type="checkbox"/> Secuestro | <input type="checkbox"/> Robo de auto con ocupante |
| <input type="checkbox"/> Abuso sexual | <input type="checkbox"/> Robo | <input type="checkbox"/> Conducir ebrio |
| <input type="checkbox"/> Crueldad infantil | <input type="checkbox"/> Conducción temeraria | <input type="checkbox"/> Acoso |
| <input type="checkbox"/> Violación de domicilio | <input type="checkbox"/> Amenaza | <input type="checkbox"/> Uso ilegal de explosivos |

Fecha del delito:	Fecha de denuncia del delito a las autoridades:	Agencia donde sentó la denuncia:
Número del reporte policiaco		Nombre del agente
En caso de violencia doméstica, indique el número de Orden de Protección Civil (si aplica)		
En caso de agresión sexual, indique el nombre del centro o hospital donde recibió tratamiento médico (si aplica)		
En caso de crueldad infantil, indique el número de caso de petición de negligencia		
Nombre del agresor:		
¿La víctima conoce al agresor? <input type="checkbox"/> Sí (Relación o parentesco) <input type="checkbox"/> NO		
Descripción breve del delito; _____		
Dirección donde ocurrió el delito: Ciudad: Estado:		

NOTA: Si el delito no ocurrió en el Distrito de Columbia, tiene que presentar la solicitud de compensación en el estado donde ocurrió el delito.

SECCIÓN 3 – INFORMACIÓN MÉDICA, DENTAL Y DE SALUD MENTAL

(LÍMITES: SALUD MENTAL- Adulto: \$3,000; menor de edad: \$6,000. El total no debe exceder \$25,000.)

¿Usted recibió tratamiento médico, dental o mental? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
Nombre del médico, hospital o profesional de la salud	Dirección	Ciudad/Estado/Código Postal	Número de teléfono	Monto Total (\$)
a.				
b.				

POR FAVOR ENVÍE COPIAS DE TODOS LOS COBROS QUE HAYA RECIBIDO E INCLUYA TODOS LOS DOCUMENTOS DE SU COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO.

SECCIÓN 4 – GASTOS FÚNEBRES (Límite de gastos fúnebres: \$6,000)

Nombre de la funeraria/N° de teléfono: _____ (Adjunte una copia de la factura del funeral)

Nombre del cementerio /N° de teléfono: _____ (Adjunte una copia de la factura del cementerio)

Total de las facturas del funeral y del cementerio: \$ _____ ¿Se han pagado los gastos del funeral/del cementerio? SI NO

¿Si se han pagado, quién los pagó?

(Adjunte facturas)**SECCIÓN 5 – PÉRDIDA DEL APOYO PARA SOBREVIVIENTES DE HOMICIDIO** (hasta \$2,500 por dependiente y máximo \$7,500 por reclamo)¿Ha presentado usted una reclamación a la Oficina de Administración de Seguro Social? SI NO¿Tenía dependiente(s) la víctima? SI (Ponga sus nombres en la sección 8 de esta solicitud) NO¿La víctima proporcionaba ayuda económica? SI (Adjunte pruebas de empleo o manutención) NO**SECCIÓN 6 – PÉRDIDA DE SERVICIOS Y GASTOS PARA SERVICIOS SUSTITUTOS**

(Hasta \$250.00 por semana y no debe exceder \$2,500 en total)

Incluya todos los servicios, como el cuidado de niños y servicios de limpieza, que la víctima ya no puede ofrecer debido al delito.

Gastos acumulados:

1. _____ \$ _____

2. _____ \$ _____

SECCIÓN 7 – PÉRDIDA DE INGRESOS (Límite: el 80% de su paga neta (después de los impuestos, no debe exceder \$10,000 o un año, el que ocurra primero)¿Usted estaba empleado cuando sucedió el delito? SI NO

Empleador de la víctima (cuando sucedió el delito):

Nombre del empleador _____

Supervisor _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Código postal _____

Número de teléfono _____

Salario bruto (antes de impuestos) \$ _____ Por: hora día semana mesHoras de trabajo _____ por: día semana

¿Cuánto tiempo estuvo discapacitado y sin poder trabajar por razones médicas debido al delito?

Desde ____/____/____ Hasta ____/____/____ ¿Este delito sucedió en el trabajo? SI NO
mes día año mes día año¿Cuál es el nombre del doctor que puede confirmar el tiempo que usted estuvo discapacitado? _____
(Incluya una nota del doctor en la que verifica su discapacidad)¿Le pagaron durante el tiempo que estuvo sin trabajar? SI NO

Nombre del doctor _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Código Postal _____

Número de teléfono _____

Si usted trabaja por cuenta propia, incluya una copia de su declaración de impuestos federales de los últimos 12 meses.

COMPENSACIÓN POR APREMIO: ¿Tiene usted dificultades financieras por pérdida de ingresos? Para este beneficio usted tendría que haber estado trabajando cuando sucedió el delito. SI NO**NOTA:** La compensación por apremio es un pago adelantado de los ingresos no devengados o el reembolso de gastos relacionados al delito.

SECCIÓN 8 – VÍCTIMAS SECUNDARIAS Y DEPENDIENTES

Incluya copias de las partidas de nacimiento de los niños. Por favor ponga los nombres de los dependientes de la víctima y los miembros de familia que vivían con la víctima, e indique si ellos van a solicitar terapia mental por causa del delito.

Complete debajo la información sobre los dependientes. (Dependiente significa una persona que dependía de alguna forma de la víctima para el cuidado y apoyo de aquella. Esto puede incluir un hijo(a) de la víctima que nació después de que falleciera la víctima.

Nombre	Fecha de nacimiento	Dirección	¿Está solicitando terapia mental por causa de este delito? Si o No	Relación a la víctima
1.				
2.				
3.				
4.				

SECCIÓN 9 – INFORMACIÓN SOBRE SEGURO Y OTRAS FUENTES DE AYUDA PRIMARIA

Podría reducirse su compensación según la cantidad disponible en fuentes primarias de ayuda como un seguro médico.

Fuente	SI	NO	Estado de su aplicación	Cantidad
Seguro médico				
Seguro automovilístico				
Compensación por accidentes en el trabajo				
Medicare				
Medicaid				
Administración de Veteranos				
TANF				
Días de vacaciones o enfermedad				
Cupones para alimentos				
Beneficios por discapacidad				
Seguro dental				
Seguro de vida				
Seguro de funeraria				
Beneficios por desempleo				
Seguro social				
Agencia de servicios para familias y niños				
Sección 8/Vivienda pública				
Otra (Especifique)				

SECCIÓN 10 - RESTITUCIÓN

Si el juez le ha ordenado al ofensor que le pague restitución (pagarle a usted), llene lo siguiente:

Día de la orden ____/____/____ Mes Día Año	Numero de caso penal: _____	\$ Cantidad
--	-----------------------------	--------------------

SECCIÓN 11 – GASTOS POR ALOJAMIENTO TEMPORAL Y MUDANZA (hasta \$3,000 por alojamiento temporal y hasta \$1,500 por gastos de mudanza) Es posible que tenga que adjuntar un documento de referencia.

¿Es ésta una solicitud de alojamiento temporal...? SI NO

¿...o gastos de mudanza? SI NO, Si marcó que sí, adjunte una carta de aprobación, contrato de alquiler, y título de casa (para propietarios privados)

Si respondió que sí, la cantidad solicitada \$ _____

SECCIÓN 12 – REEMPLAZO DE VESTIMENTA (Hasta \$100) No hay reembolso si la víctima falleció.

¿Hay ropa de la víctima en poder de la policía o el fiscal como evidencia? : SI NO

¿Sí? ¿Cuál es un valor razonable de la ropa? \$ _____

SECCIÓN 13 – GASTOS POR TRANSPORTE (hasta \$100 para transporte local y \$500 para transporte necesario fuera de la área metropolitana)

¿Necesita usted asistencia con los costos del transporte para recibir tratamiento o servicios relacionados al delito? SI NO

SECCIÓN 14 – REEMBOLSO DE VEHÍCULO DE ALQUILER SI EL SUYO FUE RETENIDO COMO PRUEBA (Hasta \$2,000)

Nota: El Programa de Compensación Para Víctimas sólo le puede rembolsar por este gasto, no puede alquilar el vehículo por usted.

¿Retuvieron su vehículo como prueba a consecuencia del delito? SI NO

Nombre de la agencia que ha retenido el vehículo como prueba: _____

Nombre del agente de policía: _____ Número de teléfono: _____

Compañía de automóviles: _____ (Adjunte una copia del contrato de alquiler)

SECCIÓN 15 – SEGURIDAD PARA LA CASA (HASTA \$1,000)

¿Está usted buscando medidas de seguridad para su hogar por causa del delito? SI NO

(Adjunte estimados o recibos de servicios)

SECCIÓN 16 – DECLARACIÓN Y AFIRMACIÓN

SUBROGACIÓN: Si se hace un pago monetario, estoy de acuerdo con aceptarlo bajo la cláusula de *D.C. Law 4-509*. Esta ley requiere que todo el dinero recibido de una demanda civil relativa a este delito, en particular la liquidación, se devuelva al Programa de Compensación para Víctimas de Delitos hasta la cantidad adjudicada en virtud de esta solicitud.

Si el Distrito de Columbia desea, puede presentar una demanda contra el ofensor para recuperar el monto desembolsado. En caso que el Distrito de Columbia decida demandar al ofensor, el Distrito de Columbia correrá con todos los gastos incurridos y recuperará esos costos de los fondos otorgados en la demanda. Entiendo que tengo que cooperar plenamente en cualquier demanda entablada por el Distrito de Columbia.

QUE CONSTE POR LA PRESENTE QUE NOTIFICARÉ AL DISTRITO DE COLUMBIA EN EL CASO QUE YOU ENTABLE UNA DEMANDA CONTRA EL OFENSOR O SI EL JUEZ LE ORDENA AL OFENSOR QUE ME PAGUE LA RESTITUCIÓN.

DECLARO, BAJO PENA DE MULTA O CÁRCEL, QUE LA INFORMACIÓN QUE CONSTA EN ESTA SOLICITUD DE COMPENSACIÓN PARA VÍCTIMAS DE DELITOS ES FIEL, CORRECTA Y ESTÁ COMPLETA A MI LEAL SABER Y ENTENDER.

Firma de la víctima o reclamante

Fecha

o firma y teléfono de la persona que completó la solicitud

Fecha



TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO DE COLUMBIA
PROGRAMA DE COMPENSACIÓN PARA VÍCTIMAS DE DELITOS
515 Fifth Street, N.W., Suite 109
Washington, D.C. 20001
(202) 879-4216
(202) 879-4230 Fax

NOMBRE DE LA VÍCTIMA
NOMBRE DEL RECLAMANTE
NÚMERO DE CASO

(Sólo para uso oficial)

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Yo autorizo y solicito a cualquier persona que tenga información necesaria o relevante a la administración de mi caso que divulgue esa información, incluso todos los registros policiales anteriores relativos a este caso, al Programa de Compensación para Víctimas de Delitos del Tribunal Superior del Distrito de Columbia. Esta autorización incluye pero no se limita a hospitales, médicos y profesionales de salud mental particulares y gubernamentales, agencias locales, estatales y federales de la policía y fiscales, servicios de réditos y personal del tribunal, cualquier empleador, compañía privada o agencia gubernamental que provee o podría proveer beneficios médicos o monetarios. El departamento de Finanzas y Réditos del Distrito de Columbia está expresamente autorizado para proveerle al Programa de Compensación para Víctimas de Delitos las copias de mis declaraciones de impuestos que podrían requerirse para tomar la decisión final sobre esta reclamación.

Estoy de acuerdo y certifico que ninguna persona incurrirá en ninguna responsabilidad legal por mí por la autorización para divulgar cualquier información de conformidad con esta autorización. Cualquier fotocopia de la autorización es tan efectiva y válida como la original.

FIRMA DEL RECLAMANTE

FECHA