



TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO DE COLUMBIA
SOLICITUD DE PROGRAMA DE INDEMNIZACIÓN A VÍCTIMAS DE DELITOS (CVCP)

PARTE I – ELEGIBILIDAD

FECHA EN QUE SE PRESENTÓ LA SOLICITUD:		
NOMBRE DE SOLICITANTE (la persona que solicita la indemnización): <i>Si está ayudando a alguien a rellenar este formulario, responda a todas las preguntas como si fuera el solicitante.</i>		
Elija todas las alternativas que correspondan:		
<input type="checkbox"/> Soy la víctima		
<input type="checkbox"/> Soy una víctima secundaria (marque la casilla que corresponda):		
<input type="checkbox"/> Soy el cónyuge, hijo, nieto, padre, hermano o suegro de la víctima		
<input type="checkbox"/> Vivía en el hogar de la víctima cuando se cometió el delito		
<input type="checkbox"/> Dependía total o parcialmente de la víctima para recibir cuidados y manutención		
<input type="checkbox"/> Pagué los gastos médicos, funerarios o de entierro causados por el delito		
<input type="checkbox"/> Tenía vínculos estrechos con la víctima		
<input type="checkbox"/> Fui testigo del delito		
Nombre de la víctima: _____		
<input type="checkbox"/> Presento la solicitud en nombre de una víctima y no soy un proveedor de servicios		
<input type="checkbox"/> Presento la solicitud en nombre de una víctima secundaria y no soy un proveedor de servicios		
Mi dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono preferido:		Otro teléfono:
Fecha de nacimiento:		Correo electrónico:
Idioma principal:		Pronombres (opcional):
Si presenta la solicitud en nombre de una víctima o de una víctima secundaria, proporcione los datos de esa persona:		
Nombre:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:		Fecha de nacimiento:
Relación con víctima o víctima secundaria: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Representante personal <input type="checkbox"/> Otro (describa la relación) _____		

Nombre de solicitante:	Fecha de nacimiento:
------------------------	----------------------

INFORMACIÓN DEL DELITO

Marque todos los delitos o tentativas de delito que hayan causado lesiones físicas, traumas emocionales o la muerte a la víctima o a la víctima secundaria.

<input type="checkbox"/> Incendio premeditado	<input type="checkbox"/> Crueldad con los niños	<input type="checkbox"/> Tráfico laboral	<input type="checkbox"/> Robo	<input type="checkbox"/> Acecho	<input type="checkbox"/> Infracciones de tránsito (conducir en estado de embriaguez, conducir de manera temeraria, etc.)
<input type="checkbox"/> Agresión	<input type="checkbox"/> Violencia doméstica	<input type="checkbox"/> Desfiguramiento malicioso	<input type="checkbox"/> Tráfico sexual	<input type="checkbox"/> Terrorismo	<input type="checkbox"/> Uso ilegal de explosivo
<input type="checkbox"/> Allanamiento de morada	<input type="checkbox"/> Homicidio	<input type="checkbox"/> Mutilación	<input type="checkbox"/> Abuso o agresión sexual	<input type="checkbox"/> Amenazas	<input type="checkbox"/> Armas de destrucción colectiva
<input type="checkbox"/> Robo de vehículo con violencia o intimidación en las personas (<i>carjacking</i>)	<input type="checkbox"/> Secuestro	<input type="checkbox"/> Motín	<input type="checkbox"/> Acto sexual con un menor		

Fecha del delito:

Lugar donde se cometió el delito:
Sea lo más específico posible.

Descripción breve del delito y las lesiones:

Nombre del culpable (si se conoce):

DOCUMENTACIÓN DEL DELITO (debe tener por lo menos uno)

<input type="checkbox"/> Informe policial Número: _____ <input type="checkbox"/> Marque aquí si se adjunta el informe policial	Fecha del informe policial: <i>Si el informe está fechado más de 7 días después del delito, explique por qué se denunció más tarde:</i>
--	--

Orden de protección temporal o civil Número de caso: _____

Marque aquí si se adjuntan la orden de protección y la petición

Examen de agresión sexual realizado en un centro de tratamiento médico

Marque aquí si se adjunta el recibo del examen forense

Se presentó caso de abandono infantil

Nombre de solicitante:	Fecha de nacimiento:
------------------------	----------------------

PARTE II – INDEMNIZACIÓN

MARQUE LA CASILLA CORRESPONDIENTE A LA AYUDA QUE SOLICITA	LUEGO LLENE
<input type="checkbox"/> Vivienda 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/sueldos	Sección 4
<input type="checkbox"/> Pérdida de manutención para sobrevivientes de homicidio	Sección 5
<input type="checkbox"/> Indemnización para víctimas secundarias o dependientes	Sección 6
<input type="checkbox"/> Pérdida de servicios y gastos de servicios sustitutos	Sección 7
<input type="checkbox"/> Reemplazo de la ropa retenida como prueba	Sección 8
<input type="checkbox"/> Medidas de seguridad en el hogar	Sección 9
<input type="checkbox"/> Limpieza del lugar donde se cometió el delito	Sección 10
<input type="checkbox"/> Transporte para recibir servicios	Sección 11
<input type="checkbox"/> Reembolso del automóvil de alquiler debido a que el automóvil se retuvo como prueba	Sección 12
<input type="checkbox"/> Acuerdo de restitución (si se le ordena al culpable que le pague a usted dinero en un caso penal)	Sección 13
<input type="checkbox"/> Otro (especifique)	
TODOS LOS SOLICITANTES DEBEN RELLENAR LA SECCIÓN 14: RECURSOS COLATERALES	

SECCIÓN 1 - VIVIENDA TEMPORAL Y GASTOS DE MUDANZA - Regla 29	
Límite: hasta \$3,000 para vivienda temporal y hasta \$1,500 para gastos de mudanza.	
¿Solicita vivienda temporal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Solicita gastos de mudanza?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es “sí”, envía una copia del contrato de arrendamiento
También debe enviar un formulario de remisión	<input type="checkbox"/> Marque aquí si se adjunta la remisión

SECCIÓN 2 - INFORMACIÓN MÉDICA / DENTAL / DE SALUD MENTAL - Regla 13, Regla 24				
Límite: Salud mental hasta \$3,000 para adultos y hasta \$6,000 para menores				
Médica y dental: hasta un máximo de \$25,000 (incluye todos los demás pagos de indemnización)				
¿Recibió tratamiento médico/dental/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	Cantidad de la factura
<p>Agregue proveedores adicionales en un papel aparte. Envíe copias de todas las facturas disponibles recibidas hasta la fecha.</p> <p>Adjunte todos los estados de cuenta y las denegatorias del seguro.</p> <p>SE LE PEDIRÁ QUE TERMINE DE RELLENAR LOS FORMULARIOS DE AUTORIZACIÓN Y DESCARGO DE RESPONSABILIDAD</p>				

Nombre de solicitante:	Fecha de nacimiento:
------------------------	----------------------

SECCIÓN 3 - GASTOS FUNERARIOS - Regla 25	
Límite: hasta \$10,000	
Nombre de la funeraria / Núm. de teléfono:	(Adjunte copia de la factura)
Nombre del cementerio / Núm. de teléfono:	(Adjunte copia de la factura)
Cantidad total de la factura de la funeraria/cementerio: \$	
¿Se pagaron los gastos funerarios y del cementerio?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta es SÍ, ¿quién los pagó? _____	
Envíe el recibo	

SECCIÓN 4 - PÉRDIDA DE SUELDOS/INGRESOS - Regla 28	
Límite: un período total de hasta 52 semanas después de la fecha del delito, por una cantidad que no supere la menor de las siguientes: el 80 % del sueldo neto de la víctima o \$10,000.	
¿Tenía la víctima un empleo cuando se cometió el delito? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Fecha del último empleo:
Nombre del empleador de la víctima (cuando se cometió el delito):	Nombre del supervisor:
Dirección del empleador:	Núm. de teléfono del empleador:
Ciudad, estado, código postal:	
Salario bruto \$ _____ por: <input type="checkbox"/> hora <input type="checkbox"/> día <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año	
Horas trabajadas por: _____ <input type="checkbox"/> día <input type="checkbox"/> semana	
¿No puede trabajar como consecuencia del delito/las lesiones?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Cuánto tiempo ha estado sin trabajar a causa del delito/las lesiones? Desde ____/____/____ hasta ____/____/____ Mes Día Año Mes Día Año	
Nombre del médico que puede verificar la duración de la discapacidad laboral: (Envíe una declaración de discapacidad del médico verificador)	
Dirección del médico:	
Núm. de teléfono del médico:	
¿Le pagó su empleador mientras no pudo trabajar?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Trabaja por cuenta propia?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta es "sí", debe adjuntar una copia de sus declaraciones de impuestos federales de los últimos 12 meses anteriores al delito.	

SE LE PEDIRÁ QUE TERMINE DE RELLENAR LOS FORMULARIOS DE AUTORIZACIÓN Y DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

INDEMNIZACIÓN DE EMERGENCIA SI TRABAJABA CUANDO SE COMETIÓ EL DELITO:	
Límite de hasta \$1,000 - Regla 37	
¿Está pasando por dificultades económicas como consecuencia de la pérdida de sueldos?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
NOTA: La indemnización de emergencia se descontará de la indemnización final. Si la indemnización de emergencia es mayor que la indemnización final, el solicitante debe reembolsar la diferencia. Si no se concede la indemnización, el solicitante debe pagar la totalidad de la indemnización de emergencia.	

SECCIÓN 5 - PÉRDIDA DE MANUTENCIÓN DE DEPENDIENTES POR HOMICIDIO O DISCAPACIDAD	
Límite: \$2,500 por dependiente, sin exceder \$7,500 por victimización - Regla 30	
¿Ha enviado una reclamación a la Administración de Seguro Social?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Tenía la víctima dependientes?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta es "sí", escriba los dependientes en la sección 6	
¿Pagaba la víctima manutención?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta es "sí", envíe pruebas del empleo o de la manutención infantil	
SE LE PEDIRÁ QUE TERMINE DE RELLENAR LOS FORMULARIOS DE AUTORIZACIÓN Y DESCARGO DE RESPONSABILIDAD	

Nombre de solicitante:	Fecha de nacimiento:
------------------------	----------------------

SECCIÓN 6 - VÍCTIMAS SECUNDARIAS y DEPENDIENTES

Envíe copias de los certificados de nacimiento de los niños. Escriba el nombre de los dependientes y miembros del hogar de la víctima e indique si van a buscar asesoramiento de salud mental, a causa de este delito.

Escriba la siguiente información sobre los dependientes. (Por dependiente se entiende la persona que depende total o parcialmente de la víctima para su atención o manutención e incluye a un hijo de la víctima que haya nacido después de la muerte de esta).

Nombre	Fecha de nacimiento	Dirección	¿Está buscando asesoramiento debido al 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 SERVICIOS SUSTITUTOS - Regla 31

Límite: hasta \$250.00 por semana, sin exceder \$2,500.

Haga una lista de todos los servicios, como el cuidado infantil y la limpieza de la casa, que ya no son proporcionados por la víctima como resultado directo del delito.

SERVICIOS	GASTOS

SECCIÓN 8 - REEMPLAZO DE PRENDAS DE VESTIR - Regla 27

Límite: hasta \$100. No hay reembolso si la víctima falleció.

¿Retuvieron las autoridades del orden público alguna de las prendas de vestir de la víctima como prueba?

SÍ NO

Describa las prendas de vestir que se retuvieron: _____

SECCIÓN 9 – MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA EL HOGAR – Regla 32

Límite: hasta \$1,000.

¿Está solicitando medidas de seguridad para su hogar como consecuencia del delito? SÍ NO

Envíe la factura o el recibo de los servicios.

SECCIÓN 10 – LIMPIEZA DEL LUGAR DONDE SE COMETIÓ EL DELITO – Regla 26

Límite: hasta \$1,000.

¿Está solicitando costos razonables relacionados con la limpieza del lugar donde se cometió el delito?

SÍ NO

Envíe la factura o el recibo de los servicios.

SECCIÓN 11 - GASTOS DE TRANSPORTE - Regla 35

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

¿Necesita ayuda con el costo del transporte para recibir tratamiento o servicios como resultado del delito?

SÍ NO

Nombre de solicitante:	Fecha de nacimiento:
------------------------	----------------------

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

¿Se retuvo su automóvil como prueba por parte de la policía como resultado de este delito? SÍ NO

Organismo que retiene el automóvil como prueba:

Nombre y número de teléfono del funcionario del orden público:

Empresa de alquiler de automóvil:

Envíe una copia del contrato de alquiler o arrendamiento y recibos

SECCIÓN 13 - RESTITUCIÓN

¿Ordenó el Tribunal al culpable que lo restituya (le pague) en un caso penal? SÍ NO

Núm. de caso penal:

SECCIÓN 14 - SEGURO E INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS ADICIONALES

El Programa de Indemnización a las Víctimas de Delitos debe considerar todos los recursos adicionales (otras ayudas disponibles para usted) cuando evalúe una solicitud de indemnización. SE LE PEDIRÁ QUE RELLENE FORMULARIOS DE AUTORIZACIÓN Y DESCARGO DE RESPONSABILIDAD POR SEPARADO PARA DOCUMENTAR SUS RECURSOS ADICIONALES

Fuente	SÍ	NO	Situación de la solicitud	Cantidad pagada
Seguro médico				
Seguro de automóvil				
Indemnización por accidente en el trabajo				
Medicare				
Medicaid				
Administración de Veteranos				
TANF				
Pago de vacaciones/días libres/enfermedad				
Cupones de alimentos				
Beneficios por discapacidad				
Seguro dental				
Seguro de vida				
Seguro para entierro				
Beneficios de desempleo				
Seguro social				
Agencia de Servicios para la Infancia y la Familia (pago de gastos de asesoramiento)				
Sección 8/Vivienda del HUD				

SE LE PEDIRÁ QUE TERMINE DE RELLENAR LOS FORMULARIOS DE AUTORIZACIÓN Y DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Nombre de solicitante:	Fecha de nacimiento:
------------------------	----------------------

DECLARACIÓN Y AFIRMACIÓN

- Entiendo que CVCP obtendrá los registros oficiales de las autoridades del orden público o los documentos del Tribunal relacionados con mi reclamación.
- Entiendo que no puedo recibir el reembolso hasta que CVCP verifique los costos y el tratamiento de las lesiones o traumas causados por el delito.
- CVCP me notificará si aprueba o deniega mi solicitud.
- También debo notificar al CVCP si demando al culpable o si el Tribunal ordena al culpable que me pague restitución. Entiendo que si recibo algún dinero de un juicio relacionado con el delito o el Tribunal ordena la restitución, es posible que tenga que pagar los fondos que recibí de CVCP también relacionados con el mismo delito.
- Si el Distrito de Columbia lo elige, puede presentar su propia demanda contra el culpable para recuperar el dinero que pagó CVCP. Si el Distrito de Columbia demanda al culpable para que le devuelva los fondos, debo cooperar completamente con la demanda.

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE NOTIFICARÉ AL DISTRITO DE COLUMBIA SI PRESENTO UNA DEMANDA CONTRA EL CULPABLE O EL TRIBUNAL ORDENA AL CULPABLE A QUE ME HAGA UNA RESTITUCIÓN.

ENTIENDO QUE ES UN DELITO MENOR ENVIAR A SABIENDAS INFORMACIÓN FALSA SOBRE UNA RECLAMACIÓN, Y CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN QUE CONTIENE ESTA SOLICITUD Y CUALQUIER DOCUMENTO ENVIADO PARA UNA INDEMNIZACIÓN A LAS VÍCTIMAS DE DELITOS ES VERDADERA, CORRECTA Y COMPLETA A MI LEAL SABER Y ENTENDER. *Consulte Código de D.C. § 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 se adjunta identificación con foto**
Si no hay una identificación disponible, un empleado se comunicará con usted para confirmar su identificación.

Envíe la solicitud completa por correo electrónico a CVCPapplications@dcsc.gov o por correo postal o en persona a 515 5th Street, NW #109, Washington, D.C. 20001; o vea los lugares remotos.

Espere cinco (5) días hábiles para que un integrante del equipo de CVCP evalúe su solicitud de indemnización. Si tiene alguna pregunta, llame al 202-879-4216.