

COMPENSACIÓN A VÍCTIMAS DE CRIMEN

SOLICITUD

104 Marietta Street
Suite 440
Atlanta, GA 30303

Oficina (404) 657-2222
Fax (404) 463-7652
Número gratuito (800) 547-0060
TTY (404) 463-7650

GEORGIA CRIME VICTIMS
COMPENSATION PROGRAM
CRIMINAL JUSTICE COORDINATING COUNCIL



www.crimevictimscomp.ga.gov

SECCIÓN 1. INFORMACIÓN DE VÍCTIMAS/TESTIGOS		Proporcione información sobre la persona que murió o fue herida como consecuencia de un crimen violento, o que fue testigo de un crimen violento.			
Nombre de víctima o testigo (nombre, segundo nombre, apellido)		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento (mes, día, año) / /	Número de Seguro Social (o TIN)	
Calle (incluya el # de apartamento)		Ciudad	Estado	Código postal	
Número de teléfono principal	Otro número de teléfono	Correo electrónico			
¿Cómo le gustaría recibir actualizaciones sobre la reclamación? <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo					
Datos demográficos (para uso estadístico solamente)					
Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/No latino/Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> Otra raza _____					
Si tiene más de 17 años, ¿es la víctima veterano de las fuerzas armadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está la víctima discapacitada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde Sí, ¿es la discapacidad resultado del crimen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
SECCIÓN 2. INFORMACIÓN DE CONTACTO ADICIONAL		Si la información de contacto arriba cambia, proporcione la información de una persona que podamos contactar para poder comunicarnos con usted sobre la reclamación. Tenga en cuenta: No revelaremos ninguna información sobre la reclamación a su contacto adicional.			
Nombre de víctima o testigo (nombre, segundo nombre, apellido)		Número de teléfono principal	Otro número de teléfono		
SECCIÓN 3. INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE		Llene esta sección si usted está presentando la reclamación en nombre de una víctima fallecida, víctima menor de edad, víctima adulta discapacitada, o si usted no es la víctima, pero está pagando facturas en nombre de la víctima.			
Nombre del reclamante (nombre, segundo nombre, apellido)		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento (mes, día, año) / /	Número de Seguro Social (o TIN)	
Calle (incluya el # de apartamento)		Ciudad	Estado	Código postal	
Parentesco con la víctima o testigo	Número de teléfono principal	Otro número de teléfono	Correo electrónico		
¿Cómo le gustaría recibir actualizaciones sobre la reclamación? <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo					
Datos demográficos (para uso estadístico solamente)					
Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/No latino/Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> Otra raza _____					
¿Es usted veterano de las fuerzas armadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
SECCIÓN 4. BENEFICIOS SOLICITADOS		Llene esta sección marcando todos los beneficios que está solicitando y envíe facturas detalladas sobre los servicios relacionados con el crimen. Tenga en cuenta: se requiere un certificado de defunción para los beneficios de funeral.			
<input type="checkbox"/> Médicos	<input type="checkbox"/> Pérdida de ingresos	<input type="checkbox"/> Pérdida de apoyo	<input type="checkbox"/> Consejería	<input type="checkbox"/> Funeral/entierro	<input type="checkbox"/> Limpieza de la escena del crimen
Tenga en cuenta: En caso de solicitar por la pérdida de ingresos, no puede recibir un reembolso si sus salarios fueron cubiertos completamente (p. ej., licencia por enfermedad o vacaciones, discapacidad, etc.) mientras usted no estaba trabajando debido al crimen. Si cumple con los requisitos, solo podrá recibir un reembolso cuando no fue a trabajar y no le pagaron, o si sus salarios solo se cubrieron parcialmente.					
¿Tenía la víctima o el testigo un empleo remunerado en el momento del crimen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si responde Sí, proporcione la(s) fecha(s) en que la víctima o el testigo no trabajó debido al crimen:					
Marque si ha solicitado/presentado una reclamación para: <input type="checkbox"/> Restitución <input type="checkbox"/> Compensación laboral <input type="checkbox"/> Demanda/litigio civil <input type="checkbox"/> Donaciones (p. ej., privadas, fondo conmemorativo, Go Fund Me, etc.).					
Si los beneficios son adjudicados, indique si desea recibir un depósito directo (pago ACH) o un cheque <input type="checkbox"/> Depósito directo (pago ACH)* <input type="checkbox"/> Cheque					
*Tenga en cuenta: El primer pago se hará mediante cheque porque se necesita más información adicional para configurar el depósito directo/ACH.					
SECCIÓN 5. AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR DOCUMENTOS E INFORMACIÓN MÉDICA		Algunos reembolsos médicos y de consejería pueden requerir un formulario de divulgación médica. Aunque no es un requisito, si presenta un formulario de divulgación médica con su paquete de la solicitud puede agilizar la tramitación posterior, si es necesario.			
Marque la casilla correspondiente: <input type="checkbox"/> Con esta solicitud, estoy presentando el formulario de autorización para divulgar documentos e información médica junto con las facturas médicas o de consejería. <input type="checkbox"/> Prefiero llenar el formulario de autorización para divulgar documentos e información médica más adelante, si es necesario.					
SECCIÓN 6. INFORMACIÓN DEL SEGURO		Envíenos la información de su seguro, incluido Medicaid/Medicare.			
¿Tiene seguro, incluido Medicaid/Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde Sí, nombre de la compañía de seguro:					

SECCIÓN 7. INFORMACIÓN DEL CRIMEN		Es opcional llenar la siguiente sección si incluye un informe de la policía o informe del incidente en su solicitud. Aceptaremos un informe de una agencia del orden público, servicios de protección infantil/de adultos, el sistema escolar, los tribunales, las autoridades médicas o cualquier otra agencia oficial de investigación o gubernamental.	
Condado donde ocurrió el crimen		Fecha del crimen (mes, día, año) / /	Fecha en que se reportó el crimen (mes, día, año) / /
Agencia a la cual se le informó el crimen		Número de caso de agencia del orden público (si se conoce)	
SECCIÓN 8. JUSTIFICACIÓN		Envíenos información sobre cuándo fue informado el crimen a las autoridades correspondientes y cuándo usted presentó la solicitud.	
¿Fue reportado el crimen a las autoridades correspondientes dentro de las 72 horas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde No, para evitar el retraso de su solicitud, explique por qué no:			
¿Se está presentando la solicitud en el plazo de un año desde la fecha del crimen (o 3 años por crímenes que ocurrieron el 1 de julio de 2014 o después de esa fecha)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde No, para evitar el retraso de su solicitud, explique por qué no:			
SECCIÓN 9. INFORMACIÓN DEL REMITENTE		Díganos quién le remitió o ayudó a presentar una solicitud al Programa de Compensación a Víctimas de Crimen	
Nombre de la agencia u oficina que remite		Nombre de la persona de contacto de la agencia u oficina que remite	Número de teléfono de la agencia
Marque la opción que corresponda: <input type="checkbox"/> La agencia que remite me ayudó a llenar o enviar la solicitud y documentos requeridos. <input type="checkbox"/> La agencia que remite solo me habló sobre Programa o me entregó materiales.			
SECCIÓN 10. DIVULGACIÓN A LA OFICINA DEL FISCAL DE DISTRITO		Lea esta sección detenidamente y déjenos saber si usted da su consentimiento para permitir a la Oficina del Fiscal de Distrito con jurisdicción sobre el crimen por el que solicita el acceso a ver su reclamación. Nota: Esta autorización puede revocarse en cualquier momento.	
Autorizo a que se divulgue la información relacionada con esta solicitud a la Oficina del Fiscal de Distrito, o cualquier representante de dicha oficina, con jurisdicción sobre el crimen en que se basa esta solicitud. Mi firma permite que la Oficina del Fiscal de Distrito vea mi reclamación y ayude a obtener la información necesaria. Entiendo que puedo comunicarme con el Programa de Compensación a Víctimas por teléfono o por escrito para revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que la Oficina del Fiscal de Distrito ya haya actuado a partir de esta autorización. Entiendo que esta autorización es voluntaria y no afectará mi derecho a recibir beneficios o el pago de estos.			
Autorizo <input checked="" type="checkbox"/> No autorizo <input checked="" type="checkbox"/>			
SECCIÓN 11. RECONOCIMIENTO DE ACUERDO DE SUBROGACIÓN		Lea esta sección detenidamente. La persona que va a firmar esta solicitud, ya sea como víctima, testigo o el reclamante, debe tener al menos 18 años de edad.	
Al firmar esta sección, certifico que hasta la fecha no he recibido ninguna compensación como resultado de este crimen. También reconozco que si recupero cualquier cantidad de dinero mediante una sentencia judicial, acuerdo de liquidación, restitución, actividades de recaudación de fondos a través de Internet (p. ej., Go Fund Me, grupos religiosos, fondos conmemorativos, etc.), etc., como resultado de este crimen, conforme al acuerdo de recuperación, yo podría ser responsable de pagar todas, o parte, de las cantidades adjudicadas a mi persona, o en mi nombre, por el Programa de Compensación a Víctimas de Crimen de Georgia. Por consiguiente, por este medio acepto que, en consideración a recibir dinero del Programa de Compensación a Víctimas de Crimen de Georgia, cedo, transfiero y subrogo todas las reclamaciones, intereses y derechos de acción que pudiera tener contra otras partes o autoridades hasta el equivalente de la cantidad otorgada por el Programa.			
<input checked="" type="checkbox"/>		Firma de Víctima/Testigo/Reclamante (Se requiere la firma original)	
		Fecha	
SECCIÓN 12. RECONOCIMIENTO DE ANTECEDENTES PENALES		Lea esta sección detenidamente. La persona que va a firmar esta solicitud, ya sea como víctima, testigo o el reclamante, debe tener al menos 18 años de edad.	
Debe realizarse un informe de antecedentes penales para todas las víctimas, testigos y reclamantes de 18 años de edad y mayores. Es posible que no califique para el programa si estaba en libertad condicional o provisional debido a un crimen grave que implique una lesión física a otra persona cuando ocurrió el crimen por el que está presentando esta solicitud. Por este medio autorizo y entiendo que se analizará un informe de antecedentes penales para determinar si califico para el Programa de Compensación a Víctimas de Crimen de Georgia.			
<input checked="" type="checkbox"/>		Firma de Víctima/Testigo/Reclamante (Se requiere la firma original)	
		Fecha	
SECCIÓN 13. ACEPTACIÓN DE ENTENDIMIENTO		Lea esta sección detenidamente. La persona que va a firmar esta solicitud, ya sea como víctima, testigo o el reclamante, debe tener al menos 18 años de edad.	
Por este medio acepto que el Programa de Compensación a Víctimas de Crimen de Georgia solo podrá adjudicar una compensación si cumpla con todos los requisitos del programa. También acepto que el Programa de Compensación a Víctimas de Crimen de Georgia es el pagador de última instancia. Como tal, mis beneficios se reducirán por cualquier cantidad de dinero que reciba de cualquier otra fuente como resultado del crimen, incluyendo seguros, restitución, actividades de recaudación de fondos a través de Internet y acuerdos de liquidación de demandas civiles.			
<input checked="" type="checkbox"/>		Firma de Víctima/Testigo/Reclamante (Se requiere la firma original)	
		Fecha	