



# Junta de Compensación para Víctimas de Crimen

Twenty-Third Judicial District of Colorado

TELÉFONO: (720) 733 - 4580

FAX: (720) 733 - 4672

CORREO ELECTRÓNICO: [DAVICTIMCOMP@CODA23.GOV](mailto:DAVICTIMCOMP@CODA23.GOV)

ORGULLOSAMENTE SIRVIENDO A LOS CONDADOS DE DOUGLAS, LINCOLN Y ELBERT

## FORMULARIO DE SOLICITUD

### REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

El Programa de Compensación para Víctimas de Crimen (CVC) opera de conformidad con C.R.S. 24-4.1-101 et. seq. La Junta de CVC puede renunciar algunos de los siguientes requisitos legales si existe una buena causa.

- o La víctima sufrió una lesión mental o física, muerte o daño a las puertas, cerraduras y/o ventanas exteriores de la residencia como resultado de un delito indemnizable.
- o El delito ocurrió el 1 de julio de 1982 o después.
- o El delito ocurrió dentro de los condados de Douglas, Lincoln o Elbert. Las víctimas que residen en el distrito también pueden ser elegibles para CVC si el delito ocurrió fuera del estado o país donde CVC no es razonablemente accesible.
- o El delito fue denunciado a una agencia de aplicación de la ley, o un proveedor médico autorizado realizó un examen forense.
- o Se presentó una solicitud completa para CVC ante la Junta.
- o La víctima cooperó razonablemente con los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley (agentes de la ley, fiscal, etc.).
- o La lesión o muerte de la víctima no fue resultado de su propia mala acción o provocación sustancial.

### INFORMACIÓN GENERAL DEL PROGRAMA

- o No es necesario que haya un arresto o que se presenten cargos para ser elegible para el CVC.
- o Las reclamaciones por el CVC no pueden exceder el límite legal de \$30,000.00. La Junta ha adoptado además límites de póliza específicos para categorías de pérdidas individuales.
- o La presentación de un formulario de solicitud completo no garantiza la aprobación de los fondos del CVC. La Junta revisará las solicitudes dentro de los 45 a 60 días hábiles posteriores a la recepción de una solicitud completa.
- o Todos los materiales recibidos, elaborados o conservados por el programa CVC en relación con una solicitud de fondos del CVC son confidenciales de conformidad con C.R.S. 24-4.1-107.5. Tiene derecho a ser notificado de cualquier citación para sus materiales de CVC.
- o Se notificará a las víctimas de todas las decisiones de la Junta relacionadas con una solicitud de fondos del CVC. Si se rechaza una solicitud, la víctima tiene derecho a solicitar una reconsideración de la Junta dentro de los 90 días posteriores a la recepción de una carta de rechazo.
- o El CVC no compensa por daños o pérdida de propiedad personal, pérdida de efectivo, daños a vehículos motorizados o dolor y sufrimiento.

## SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN SOBRE LA VÍCTIMA

**POR FAVOR COMPLETE TODAS LAS SECCIONES. LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS DEMORARÁN EL PROCESAMIENTO.**

Nombre de la víctima

Fecha de nacimiento

Dirección de envío

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

Correo electrónico

La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos para cumplir con las regulaciones federales.

RACE		DISCAPACIDAD
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Físico
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Blanco no Latino/Caucásico	<input type="checkbox"/> Mental
<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Múltiple	<input type="checkbox"/> Cognitivo/TBI
<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva
IDENTIDAD DE GÉNERO		<input type="checkbox"/> Discapacidad visual
<input type="checkbox"/> Varón	<input type="checkbox"/> No Binaria	
<input type="checkbox"/> Hembra	<input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> Transgénero	<input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo	

## SECCIÓN 2 – INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

Complete esta sección solo si la víctima en la Sección 1 es menor de 18 años, ha fallecido o incapacitada por alguna otra razón.

La información del reclamante es la misma que la información de la víctima.

Nombre del reclamante

Fecha de nacimiento

Dirección de envío

---

Ciudad Estado Código postal

---

Teléfono Correo electrónico

---

Relación del reclamante con la víctima

**¿Quién le recomendó a Crime Victim Compensation?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Defensora de las víctimas de la policía          | <input type="checkbox"/> Hospital/instalación médica |
| <input type="checkbox"/> Defensora de las víctimas del fiscal de distrito | <input type="checkbox"/> Proveedor de salud mental   |
| <input type="checkbox"/> Servicios humanos                                | <input type="checkbox"/> Centro de defensa del niño  |
| <input type="checkbox"/> Organización comunitaria                         | <input type="checkbox"/> Otro: _____                 |

**SECCIÓN 3 – INFORMACIÓN SOBRE DELITOS**

**Tipo de Delito (Marque todas las que correspondan)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asalto                   | <input type="checkbox"/> Robo/Daños Criminales                       |
| <input type="checkbox"/> Asesinato/Homicidio      | <input type="checkbox"/> Conducción descuidada que resulta en muerte |
| <input type="checkbox"/> Agresión Sexual - Adulto | <input type="checkbox"/> DUI   |
| <input type="checkbox"/> Abuso Sexual Infantil    | <input type="checkbox"/> Asalto Vehicular/Homicidio Vehicular        |
| <input type="checkbox"/> Abuso Físico Infantil    | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                 |

¿Fue esto un acto de violencia doméstica?  Sí  No  Desconocida

¿En qué condado ocurrió el crimen?  Douglas  Lincoln  Elbert  Otro: \_\_\_\_\_

¿Quién cometió el delito (nombre del delincuente)? \_\_\_\_\_

Relación del delincuente con la víctima: \_\_\_\_\_

Fecha del crimen: \_\_\_\_\_ Fecha en que se denunció el delito: \_\_\_\_\_

El departamento de policía que informó: \_\_\_\_\_

Número de informe del departamento de policía: \_\_\_\_\_

¿El delincuente ha sido acusado en la corte?  Sí  No  Desconocida

Número de caso judicial (si se conoce): \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 4 – INFORMACIÓN DEL SEGURO

CVC es un pagador de última instancia por ley. Todas las facturas deben procesarse a través de su seguro y/u otra fuente de pago colateral. Se requiere documentación del pago o rechazo por parte del seguro. Marque todas las opciones que correspondan.

FUENTE	SÍ	NO	NO SE	Nombre de la compañía de seguros / Monto deducible
Seguro Privado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medicaid/CHP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medicare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Seguro de Grupo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CO Indigent Care Program	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Compensación de trabajadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Discapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Seguro de Automóvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Seguro de propietario/inquilino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## SECCIÓN 5 – INFORMACIÓN SOBRE DEMANDAS CIVILES

Se debe notificar a la CVC cualquier acción civil que resulte del delito. Se requiere documentación de cualquier dinero recibido de una acción civil.

¿Está planeando demandar a los infractores, a su seguro o a otra parte involucrada responsable de sus lesiones?

Sí  No

---

Nombre del abogado civil

---

Bufete de abogados

---

Teléfono

---

Correo electrónico

## SECCIÓN 6 – SOLICITUD DE SERVICIOS

Marque la casilla junto a cada categoría para la que solicita ayuda y complete todos los campos con la información solicitada. Es posible que se apliquen requisitos de elegibilidad adicionales.

### Terapia de Salud Mental

¿Está usted viendo actualmente a un terapeuta relacionado con el delito por el cual está presentando la solicitud?  Sí  No

---

Nombre del terapeuta

Teléfono

---

Correo electrónico

### Terapia de Salud Mental – Víctimas secundarias/Miembros de la familia

Incluya únicamente a los miembros de la familia que residan en el mismo hogar. Los miembros de la familia que residan en hogares diferentes deben completar una solicitud por separado.

Nombre

Relación con la víctima

Fecha de nacimiento

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**POR FAVOR, CONTACTE A NUESTRA OFICINA SI DESEA AYUDA PARA ENCONTRAR UN TERAPEUTA**

### Médico/Dental

Envíe copias detalladas de sus facturas médicas. Las facturas pueden enviarse en una fecha posterior si aún no las ha recibido o si recibe facturas adicionales. Se requiere un plan de tratamiento por escrito para la fisioterapia. Es posible que se requiera información adicional.

Hospital/Médico/Ambulancia

Quiropráctica/Acupuntura

Fisioterapia

Prescripciones Médicas

Otro: \_\_\_\_\_

## Artículos Médicos Personales

Se limita al reembolso de los artículos *médicos necesarios* dañados o perdidos como resultado del delito, o a la compra de nuevos artículos médicos necesarios como resultado del delito. El daño o la pérdida *deben* estar documentados en el informe policial.

Dentaduras Postizas/Dispositivos Dentals

Dispositivo Protésico

Anteojos/Lentes de Contacto

Audífonos

Otro: \_\_\_\_\_

## Salarios Perdidos

Usted puede ser elegible para recibir salarios perdidos debido a lesiones físicas o emocionales resultantes del delito que no estén cubiertas por el tiempo libre pago disponible. Se le enviará un formulario de verificación de salario perdido y empleo para que se lo entregue a su empleador. Es posible que se requiera documentación adicional para respaldar su solicitud de salario perdido.

## Pérdida del Apoyo Familiar

Usted puede ser elegible para la pérdida de la manutención familiar si es dependiente del agresor/delincuente y compartía residencia con él en el agresor/delincuente momento del delito. Los compañeros de habitación no son elegibles para la manutención familiar.

## Pérdida de Servicios de Reemplazo

Es posible que tenga derecho a recibir asistencia limitada por los servicios ordinarios o necesarios que la víctima principal habría realizado si no hubiera muerto o sufrido lesiones como resultado de un delito indemnizable. Los servicios, incluidos los de atención a dependientes y ciertos servicios de "asistencia doméstica", no deben haberse realizado a cambio de un ingreso.

## Daños a la Propiedad Residencial

Envíe presupuestos detallados o facturas para la reparación o el reemplazo. Los presupuestos o facturas se pueden enviar en una fecha posterior si aún no los ha recibido. El daño o la pérdida deben estar documentados en el informe policial.

*Usted puede ser elegible para la reparación de puertas y ventanas de vehículos motorizados si su vehículo resultó dañado como resultado de un delito compensable y se determina que su vehículo es su residencia principal. Comuníquese con nuestra oficina para obtener más información.*

Puertas Exteriores

Remolque/Incautación de Vehículos

Ventanas Exteriores

Cambio de Cerradura de Vehículo

Cambio de Cerradura Exterior

Limpieza de la Escena del Crimen

## Modificaciones de Seguridad Residencial

Usted puede ser elegible para el reembolso del costo de las modificaciones de seguridad para aumentar la seguridad exterior de su residencia si existe una preocupación constante por su seguridad. Las modificaciones de seguridad pueden incluir sistemas/cámaras de seguridad, luces de movimiento/reflectores y mecanismos de bloqueo adicionales. No se considerarán mascotas de protección ni armas de ningún tipo.

## Gastos de Funeral/Entierro

Envíe facturas o recibos detallados. Puede solicitar a la funeraria que se comunique directamente con nuestra oficina.

¿Se han pagado los gastos del funeral/entierro?

Sí  No

---

Nombre de la persona que pagó los gastos del funeral/entierro si es diferente del reclamante

---

Dirección de envío

---

Ciudad

Estado

Código postal

---

Teléfono

Correo electrónico

## Gastos de Viaje

Usted puede ser elegible para el reembolso de gastos de viaje razonables con el fin de asistir al funeral de la víctima principal, asistir a una audiencia judicial en una etapa crítica o asistir a citas de asesoramiento médico o de salud mental.

## Pérdida de Apoyo a Dependientes

Usted puede ser elegible para la pérdida de manutención a dependientes si dependía total o parcialmente de los ingresos de la víctima principal en el momento de su muerte. Presente documentación de los ingresos de la víctima.

## Solicitud de Emergencia

Las solicitudes de emergencia deben estar relacionadas con un problema de seguridad inmediato que resulte del delito y deben realizarse dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha del delito. Se deben cumplir todos los requisitos de elegibilidad y debe presentar toda la documentación necesaria relacionada con la solicitud. No se garantiza la financiación.

Las solicitudes de emergencia se limitan a lo siguiente:

Reubicación (*SOLO POR REFERENCIA*)

Daños a la Propiedad Residencial

Modificaciones de Seguridad Residencial

Dispositivos Médicamente Necesarios

## REVISAR Y FIRMAR

Lea atentamente las siguientes declaraciones, coloque sus iniciales en cada una de ellas, imprima y firme.

\_\_\_\_\_ **Certificado de Solicitud:** La información contenida en esta solicitud de fondos de Compensación para Víctimas de Crimen es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información o documentación falsificada puede resultar en la denegación de mi solicitud y es punible por ley.

\_\_\_\_\_ **Responsabilidad del Reclamante:** Entiendo que soy responsable de todos los costos relacionados con el delito y tengo la responsabilidad de proporcionar documentación a la Junta de Compensación para Víctimas de Crimen. Notificaré a los proveedores de servicios que se ha presentado una solicitud de Compensación para Víctimas de Crimen.

\_\_\_\_\_ **Solicitud Alternativa:** Tengo derecho a solicitar un proceso de solicitud alternativo si mi relación personal o profesional con dos o más miembros de la Junta impide que la Junta realice una revisión imparcial de mi solicitud. Entiendo que debo presentar una solicitud de proceso de solicitud alternativo por escrito y que mi solicitud puede enviarse a un distrito judicial diferente.

\_\_\_\_\_ **Cooperación:** Entiendo que mi falta de cooperación razonable con las autoridades policiales, incluso en la investigación, aprehensión y procesamiento del infractor, puede resultar en la denegación de mi reclamo.

\_\_\_\_\_ **Reembolso de la indemnización a las víctimas de crimen:** Acepto reembolsar al Programa de Compensación para Víctimas de Crimen si posteriormente recibo un pago del infractor (restitución), del seguro u otra fuente como compensación por mis lesiones si los mismos gastos fueron aprobados previamente por la Junta de indemnización a las víctimas de delitos. Además, comprendo que se puede solicitar la restitución al infractor por los pagos realizados por la Junta de indemnización a las víctimas de delitos en mi nombre.

\_\_\_\_\_ **Acuerdo de Subrogación:** Acepto notificar al Programa de Compensación para Víctimas de Crimen en caso de que haya fondos disponibles para mí (es decir, de una demanda civil) para los mismos gastos previamente aprobados por la Junta de Compensación para Víctimas de Crimen. Además, acepto retener la parte de los fondos recuperados que sea necesaria para reembolsar al Programa de Compensación para Víctimas de Crimen hasta el monto de los fondos que recibí de la Junta de Compensación para Víctimas de Crimen.

\_\_\_\_\_ **Derecho a Reconsideración:** Tengo derecho a solicitar la reconsideración de la decisión de la Junta en caso de que se rechace mi reclamo. Entiendo que recae sobre mí la carga de la prueba para demostrar que el reclamo es razonable y compensable según la Ley de Compensación para Víctimas de Crimen de Colorado (C.R.S. 24-4.1-101).

\_\_\_\_\_ **Liberación de Fondos:** Autorizo la liberación de los fondos aprobados de Compensación para Víctimas de Crimen directamente a mi(s) proveedor(es) de servicios.

\_\_\_\_\_ **Divulgación de Información:** Autorizo la divulgación de toda la información de mi empleador, proveedores médicos, proveedores de salud mental, abogado civil y/o cualquier otro acreedor o agencia con el fin de verificar la documentación que he presentado o para establecer la validez de mi reclamo. Entiendo que cualquier información proporcionada puede estar sujeta a divulgación según la ley. Entiendo que tengo derecho a revocar la autorización, por escrito, en cualquier momento. Una fotocopia o reproducción exacta de esta autorización firmada tendrá la misma fuerza y efecto que el original.

---

**Nombre impreso de la víctima o reclamante**

---

**Firma de la víctima o reclamante**

---

**Fecha**