



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

ORGULLOSAMENTE SIRVIENDO A LOS CONDADOS DE DOUGLAS, LINCOLN Y ELBERT

Formulario de Verificación de Pérdida de Salario y Empleo

La Compensación para Víctimas de Crimen (CVC) puede considerar los salarios perdidos debido a lesiones físicas o emocionales inmediatamente posteriores a un delito indemnizable o por la asistencia a audiencias judiciales en etapas críticas.

CVC no considera los salarios perdidos ya pagados por tiempo libre personal, vacaciones, enfermedad o otro tiempo libre remunerado.

CVC no considera los salarios perdidos a los efectos de asistir a citas médicas o de salud mental.

Si le pagan en efectivo, es trabajador autónomo o es un empleado contratado, deberá adjuntar una copia de su declaración de impuestos federales sobre la renta del año anterior (IRS Form 1040 o Form 1099).

Los siguientes elementos son necesarios para completar su solicitud de salario perdido.

SU SOLICITUD DE SALARIO PÉRDIDO NO SERÁ REVISADA HASTA QUE SE RECIBAN TODOS LOS ARTÍCULOS

1. Formulario de verificación de pérdida de salario y empleo completado por el empleador
2. Talones de pago del período inmediatamente anterior al delito indemnizable y del período durante su ausencia según se indica en este formulario.
3. Para solicitudes de más de una (1) semana, debe presentar una carta explicativa de un proveedor médico o de salud mental que lo esté tratando y que documente que su incapacidad para trabajar se debe a lesiones sufridas como resultado del delito. La carta debe incluir la fecha en que recibió autorización para regresar a trabajar.

LO SIGUIENTE DEBE SER COMPLETADO POR SU SUPERVISOR DIRECTO

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre de la empresa/negocio: _____

Dirección de envió: _____

Teléfono: _____

Nombre de la persona que completa el formulario: _____

Título del puesto de trabajo de la persona que completa el formulario: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre de la víctima (empleado): _____

Título del puesto de trabajo de la víctima (empleado): _____

Fecha del crimen: _____

¿Esta persona estaba empleada en la fecha del delito antes mencionada? SÍ NO

¿Esta persona ha vuelto a trabajar? SÍ NO

En caso afirmativo, fecha en que el empleado regresó al trabajo: _____

REQUERIDO: En el espacio provisto a continuación, indique todas las fechas en las que el empleado faltó al trabajo debido al delito.

Número promedio de horas que trabaja el empleado por día: _____ por semana: _____

Tasa de Pago: \$ _____ CADA HORA SEMANALMENTE CADA MES OTRO

Importe total del salario solicitado: \$ _____

¿El crimen ocurrió en el trabajo? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿la víctima (empleado) solicitó una compensación laboral? SÍ NO

Si no, ¿por qué no? _____

¿El salario del empleado estaba cubierto total o parcialmente por alguno de los siguientes?

Tipo de licencia	Sí	No	Número total de horas pagadas	Número total de semanas pagadas
Incapacidad a corto plazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Incapacidad a largo plazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tiempo libre remunerado (por motivos personales o por enfermedad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Al firmar este formulario, usted afirma que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta según su leal saber y entender. Si proporciona información falsa, se rechazará su reclamación y se podrán emprender acciones legales.

Firma de la víctima (empleado)

Fecha

Firma del supervisor

Fecha