



# 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

## Autorización para la Divulgación de Información

El Programa de Compensación para Víctimas de Crimen (CVC) del Distrito Judicial 23 funciona de conformidad con el C.R.S. 24-4.1-101 y tiene como objetivo brindar asistencia financiera a las víctimas de delitos. Como parte del proceso de solicitud, el programa CVC a menudo requiere acceso a información médica, de salud mental, laboral y/u otra información personal confidencial.

En un esfuerzo por preservar la privacidad de las víctimas y mantener el cumplimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), todo el material que recibe la Junta de CVC se mantiene confidencial de conformidad con C.R.S. 24-4.1-107.5. Los materiales que recibe la Junta de CVC están destinados únicamente a los fines de determinar la elegibilidad para los fondos de CVC y verificar los gastos relacionados con el delito.

### INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA

Nombre de la víctima: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de seguro social (últimos 4 dígitos solamente): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

### REPRESENTANTE AUTORIZADO

Si la víctima no puede autorizar la liberación, un representante designado puede proporcionar autorización en nombre de la víctima.

Nombre representativo: \_\_\_\_\_

Relación con la víctima: \_\_\_\_\_

### DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN

Junta de Compensación para Víctimas de Crimen

4000 Justice Way, Ste 2525A,

Castle Rock, CO 80109

Fax: (720) 733 - 4672

Correo electrónico: [DAVictimComp@coda23.gov](mailto:DAVictimComp@coda23.gov)

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo por la presente al personal del Programa de Compensación para Víctimas de Crimen a comunicarse directamente con mis proveedores médicos, incluido cualquier acreedor asociado con mi deuda médica relacionada con un delito, mi empleador y/o mi abogado civil. Además, autorizo al personal del Programa de Compensación para Víctimas de Crimen a solicitar y recibir la siguiente información:

- Todos los registros médicos relacionados con delitos
- Solo declaraciones de facturación médica y información del estado de la cuenta
- Información de empleo
- Información de mi abogado relacionada con una demanda civil o un acuerdo de seguro

En un esfuerzo por minimizar la duplicación de la asistencia financiera, autorizo además al personal de Compensación para Víctimas de Crimen a compartir la siguiente información con otras agencias comunitarias o basadas en la justicia penal con el propósito de coordinar servicios:

- Información sobre el tipo de asistencia solicitada y/o recibida de la Junta de Compensación a Víctimas del Delito

Al firmar este formulario, comprendo que la autorización anterior es válida por un año a partir de la fecha de la firma. Comprendo que tengo derecho a revocar la autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a la parte autorizada a divulgar la información. Además, comprendo que la información divulgada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por la HIPAA.

---

**Nombre impreso de la víctima o del representante de la víctima**

---

**Firma de la víctima o representante de la víctima**

**Fecha**