Compensación para Victimas
Octavo Distrito Judicial

201 LaPorte Avenue Ste 200
Fort Collins CO 80521
970-498-7290
www.larimer.org/da/vicwit/compensation.htm

SOLICITUD

El Programa de Compensación para Victimas opera conforme a la ley de Colorado 24-4.1, Parte 1. El costo total de remuneración no debe exceder el límite legal de $30,000. El Consejo reserva sus derechos para limitar la compensación de algunas categorías clasificadas en base a políticas establecidas.

Por favor complete cada sección de esta solicitud. Una solicitud incompleta puede demorar el proceso.

El proceso de su solicitud puede tardar entre 45-60 días.

REQUERIMIENTOS DE ELEGIBILIDAD*:

1. El delito debe ser uno sujeto a compensación y tal que cause a la víctima algún daño físico o psicológico, muerte, o daño a propiedad incluyendo puertas exteriores cerraduras y ventanas.
2. La victima debe cooperar o haber cooperado con la policía y/o con el enjuiciamiento del acusado.
3. El delito debe haber sido denunciado a las autoridades de orden público en un plazo de 72 horas después de haber ocurrido.
4. Las lesiones o la muerte de una víctima no pueden ser el resultado de los actos de la misma víctima.
5. El delito debe haber ocurrido en o antes del 1 de Julio de 1982.
6. La victima debe solicitar compensación en el plazo de un año después de la fecha del delito.
7. El crimen ocurrido en los condados de Larimer o Jackson, o en otro estado o parís donde no haya un programa de compensación para la víctima y la víctima sea residente del condado de Larimer o Jackson. NOTA: Para información de contacto sobre los programas en otros distritos judiciales, por favor contacte nuestro despacho.

*El Consejo de Compensación para Victimas reserva el derecho de eximir al solicitante de algunos de los requisitos mencionados por motivos justificados o en nombre de la justicia.

INFORMACIÓN GENERAL:

1. No tiene que necesariamente haber un arresto para que una víctima sea elegible para una compensación.
2. Las compensaciones se pueden realizar para: gastos médicos, asesoramiento de salud mental, dentaduras postizas, anteojos, audífonos u otros dispositivos médicos o protésicos, la pérdida de ingresos, casos ambulatorios, servicios de ama de llaves o de salud en el hogar, gastos funerarios y por la pérdida de apoyo a los dependientes.
3. Se puede otorgar una compensación por daños a la propiedad por el costo de reemplazo o reparación de **puertas, cerraduras o ventanas exteriores** que sean dañadas durante la hecho de un delito.
4. Por ley, debe solicitar todas las demás fuentes disponibles de asistencia financiera o reembolso, incluyendo seguros privados, Medicaid y Medicare.
5. Por favor adjunte todas las facturas y recibos que posea actualmente. Puede presentar una solicitud incluso si no ha recibido ninguna factura hasta esta fecha.
6. Su reclamo será investigado y presentado a la Junta de Compensación de Víctimas.
7. En caso de que su reclamo sea denegado, usted tiene derecho a solicitar la reconsideración de la decisión de la Junta y el derecho a presentar información nueva o adicional relacionada con lo(s) motivo(s) de la denegación o reducción de la reclamación de la Junta. Puede hacer arreglos para una reconsideración comunicándose con el programa de Compensación de Víctimas dentro de los 30 días a partir de la fecha en que reciba la notificación de la denegación o reducción de su reclamo. Si solicita una reconsideración de la decisión de la Junta, se le enviará más información sobre el proceso de reconsideración por correo. En caso de que la Junta confirme la denegación, usted tiene derecho a que se revise la decisión de la Junta de acuerdo con las Reglas de Procedimiento Civil de Colorado dentro de los 30 días.
8. Todos los materiales recibidos, realizados o conservados por el Programa CVC o por el fiscal de distrito respecto a una solicitud de compensación para víctimas hecha bajo C.R.S. 24-4.1-100.1, son confidenciales.
9. Las víctimas tienen derecho a ser notificadas por la oficina del fiscal del distrito en caso que el tribunal haya emitido una citación para el archivo de reclamos de CVC, o por los materiales en el archivo de reclamos de CVC, para los cuales la víctima había presentado una solicitud.
10. Comuníquese con el programa CVC si las facturas relacionadas con delitos fueron entregadas a una agencia de cobranzas.

RECURSOS ADICIONALES:

1. Para obtener más información sobre la Compensación de Víctimas de Delitos, comuníquese con el Administrador de CVC al 970-498-7290 o victimcomp@co.larimer.co.us.
2. Si la víctima/solicitante tiene problemas de audición, puede comunicarse con el programa CVC por correo electrónico a victimcomp@co.larimer.co.us.
3. Si la víctima/solicitante tiene una discapacidad visual, puede comunicarse con el programa CVC telefónicamente al 970-498-7290.
4. Si la víctima/solicitante tiene un dominio limitado del inglés, comuníquese con el programa CVC telefónicamente o por correo electrónico y las adaptaciones se realizarán con un traductor confidencial.

SECCION I – INFORMACION DE LA VICTIMA *VICTIM INFORMATION*

NOMBRES DE LA VÍCTIMA *(APELLIDOS, NOMBRES)* **FECHA DE NACIMIENTO** *DATE OF BIRTH* **SEXO:** ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO

DIRECCION (CALLE) *MAILING ADDRESS (STREET)* **CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL**

TELEFONO 1 **TELEFONO 2** **CORREO ELECTRONICO**

Método de comunicación que usted prefiere: ☐ Servicio Postal ☐ Correo Electrónico

La siguiente información se utilizara únicamente con propósitos estadísticos para el cumplimiento de reglamentos federales.

¿SUFRE USTED DE ALGUNA DISCAPACIDAD PREVIA AL DELITO? DISABLED PRIOR TO CRIME: ☐ NO ☐ SI
Si respondió "SI" indique el tipo de discapacidad: ☐ FISICA ☐ MENTAL/PSICOLOGICA

RAZA/ETNIA: ☐ NATIVO DE AMERICA DEL NORTE/ALASKA ☐ ASIATICO ☐ AFROAMERICANO ☐ HISPANO/LATINO

☐ NATIVO DE HAWAII O ISLEÑO DEL PACIFICO ☐ CAUCASICO/NO LATINO ☐ OTRO

¿Cómo escucho sobre este programa? ☐ AGENCIA DE ORDEN PUBLICO ☐ FISCAL DE DISTRITO ☐HOSPITAL/DOCTOR

☐ SERVICIOS HUMANOS ☐TERAPEUTA ☐ ABOGADO DE LA VÍCTIMA ☐ OTRO: _____

SECCION II – INFORMACION DEL SOLICITANTE – Complete esta sección *únicamente* si la persona llenando esta solicitud no es la victima (por ejemplo, si el solicitante es el padre o familiar de la víctima)
CLAIMANT INFORMATION

NOMBRES DEL SOLICITANTE *(APELLIDOS, NOMBRES)* **RELACION A LA VICTIMA** **FECHA DE NACIMIENTO**

DIRECCION (CALLE) *MAILING ADDRESS (STREET)* **CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL**

TELEFONO 1 **TELEFONO 2** **CORREO ELECTRONICO**

SECCION III – INFORMACION DEL DELITO *CRIME INFORMATION*

TIPO DE DELITO:

☐ Violencia Domestica *(DV)* ☐ Agresión Física *(Assault)* ☐ Homicidio *(Homicide)* ☐ Conductor Embriagado *(DUI)*

☐ Abuso Infantil *(Child Abuse)* ☐ Abuso Sexual Infantil por un Familiar *(SAoCH POT)* ☐ Abuso Sexual Infantil *(Child SA)*

☐ Abuso Sexual de un Adulto *(Adult SA)* ☐ Allanamiento de Morada/Daño a Propiedad *(Burglary/CrimMisch)*

☐ Otro _____

FECHA DEL DELITO (Date of the crime) **FECHA EN QUE SE REPORTO** (Date of report)

AGENCIA DE POLICIA DONDE SE HIZO EL REPORTE (LE Agency) **NUMERO DE CASO/INCIDENTE** (Case number)

NOMBRE DEL OFICIAL DE POLICIA A CARGO DEL CASO (Officer's name) **DIRECCION DEL LUGAR DONDE OCURRIO EL DELITO**

NOMBRE DEL ACUSADO (Defendant's name) **RELACION DEL ACUSADO CON LA VICTIMA** (Relationship)

SECCION IV – INFORMACION SOBRE SU SEGURO Y BENEFICIOS – Por ley, el fondo de Compensación para Victimas es pagador de último recurso. Usted debe utilizar su seguro antes de recibir fondos del programa. También es posible que requiramos que usted solicite fondos alternativos como Medicaid, Medicare, etc.
INSURANCE INFORMATION

¿Tiene usted seguro médico? *(Health)* ☐ SI ☐ NO
¿Tiene usted seguro de auto? *(Auto)* ☐ SI ☐ NO
¿Tiene usted seguro de propietario? *(Homeowners)* ☐ SI ☐ NO

Si su respuesta es "SI" a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor complete la siguiente sección.

Tipo de Seguro:

☐ Seguro Privado
☐ Seguro Colectivo
☐ Medicaid
☐ Medicare
☐ Compensación de Trabajadores
☐ Departamento de Servicios Sociales
☐ CHP
☐ Colorado Indigent Program (CIP)
☐ Otro_____

Nombre del Asegurado: _____

Nombre de la Compañía: _____

Numero de Teléfono: _____

Numero de Póliza: _____

Deducible: _____

SECCION V – CAUSA CIVIL – El Consejo de Compensación para Víctimas de Delitos debe ser notificado de cualquier causa o acción civil demostrando por escrito la cantidad recibida a causa de cualquier acuerdo resolutorio.
CIVIL LAWSUIT

¿Usted tiene planeado denunciar a las personas, agentes, o negocios responsables por el daño? ☐ SI ☐ NO

Si su respuesta es "si" por favor complete la siguiente sección:

Nombre de su Abogado(a) _____

_____
Dirección Ciudad/Estado/Código Postal Número Telefónico

SECCION VI – TIPO DE RECLAMO – POR FAVOR MARQUE LAS SECCIONES APROPIADAS DE ACUERDO A LOS SERVICIOS POR LOS CUALES USTED SOLICITA COMPENSACION. ANTES DE CUALQUIER PAGO, SE REQUERIRA DOCUMENTACION ESPECIFICA DESPUES DE QUE SU RECLAMO SEA APROBADO. POR FAVOR INCLUYA COPIAS DE CUALQUIER FACTURA JUNTO CON SU SOLICITUD. SI NO HA RECIBIDO FACTURAS, ESTAS DEBERAN SER ENTREGADAS EN CUANTO USTED LAS RECIBA.
TYPE OF CLAIM

☐ **MEDICO/DENTAL**

☐ **ARTICULOS MEDICOS –** Por favor marque las categorías apropiadas.
☐ Anteojos/lentes de contacto ☐ Dentaduras ☐ Aparato Auditivo ☐ Prótesis

☐ **PROPIEDAD RESIDENCIAL –** Por favor marque las categorías apropiadas por el reemplazo de puerta/salida principal, cerraduras y ventanas de su residencia únicamente. .
☐ Puerta ☐ Cerradura ☐ Ventanas ☐ Cambio de Llave

Cantidad del deducible de seguro residencial: $_____

☐ **MUDANZA/TRASLADO** O ☐ **ASISTENCIA PARA GASTOS DOMICILIARIOS** (No puede solicitar ambos)

DEBE COMPLETAR LA PÁGINA #5 PARA SOLICITAR FONDOS POR TRASLADO O GASTOS DOMICILIARIOS

☐ **GASTOS FUNERARIOS –** Máximo $9,000.00 por servicios funerarios de entierro o cremación.

☐ **PERDIDA DE APOYO ECONOMICO –** Se limita a la pareja o a los hijos del fallecido

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación para con el fallecido: _____
Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación para con el fallecido: _____
Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación para con el fallecido: _____

☐ **PERDIDA DE EMPLEO –** Máximo $5,000.00. Se requiere una carta firmada por su patron. Si usted es autónomo, se requiere una copia de su declaración de impuestos del año pasado. Cualquier petición de más de 3(tres) días requiere una carta firmada por su médico explicando que usted no pudo regresar a trabajar debido a las lesiones o heridas que usted sufrió a causa del delito.

Fechas en las que falto al trabajo: Del _____Al_____
Nombre del negocio o empresa: _____
Direccion: _____ Ciudad/Estado/Codigo _____

Nombre de un contacto en la empresa: _____ Numero Telefónico _____

Motivo de su ausencia en el trabajo: _____
_____

☐ **TERAPIA PSICOLOGICA –** Todas las sesiones enfocadas en su salud mental deben ser directamente relacionadas al daño que usted sufrió a causa del delito.

POR FAVOR INCLUYA LOS NOMBRES DE LAS PERSONAS POR LAS QUE HA SOLICITADO TERAPIA PSICOLOGICA

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación para con la víctima: _____
Nombre: _____ Fecha de Nacimiento:_____ Relación para con la víctima: _____
Nombre: _____ Fecha de Nacimiento:_____ Relación para con la víctima:_____

SOLICITUD PARA GASTOS DE TRASLADO O GASTOS DOMICILIARIOS

Se requiere que haya una Orden de Protección/Alejamiento entre el acusado y la victima para que usted califique para este reclamo.

PARA TRASLADO: Se considerara un máximo de $2,000.00 para gastos de traslado. Si su reclamo es aprobado, tendrá 60 días desde la fecha en que sucedió el delito para utilizar los fondos. Por favor entregue facturas relacionadas con gastos de mudanza o una copia de su **nuevo** contrato de arrendamiento **firmado** para la indemnización de su primer mes de renta.

¿Hay una Orden de Protección/Alejamiento actual? ☐ Si ☐ No Explicación_____

¿Tiene usted un lugar seguro al cual mudarse? ☐ Si ☐ No Explicación_____

Por favor explique brevemente sus motivos para solicitar asistencia para traslado como causa del delito:

_____

_____

_____

_____

PARA GASTOS DOMICILIARIOS: Se considerara un máximo de $1,500.00 para gastos domiciliaros que han sido incurridos como resultado del delito.

¿Hay una Orden de Protección/Alejamiento actual? ☐ Si ☐ No Explicación_____

¿Vivian usted y el acusado en la misma residencia cuando ocurrió el delito? ☐Si ☐ No Explicación_____

¿Siguen viviendo juntos usted y el acusado? ☐ Si ☐ No Explicación_____

¿Le proveía el acusado ayuda financiera durante el tiempo en el que sucedió el incidente?

☐ Sustento Completo ☐ Sustento Parcial ☐ Ningún Sustento Explicación_____

¿Le provee el acusado ayuda financiera ahora?

☐ Sustento Completo ☐ Sustento Parcial ☐ Ningún Sustento Explicación_____

Por favor explique la cantidad específica de los gastos que fueron cubiertos por cada parte

	Cantidad cubierta por el acusado	Cantidad cubierta por usted
Renta/Hipoteca	$	$
Gas/Electricidad	$	$
Agua/Predial	$	$
Teléfono	$	$
Alimento	$	$
Otro (especifique)	$	$
TOTAL	$	$

SECCION VII – AUTORIZACION PARA DIFUNDIR INFORMACION Y DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LA VICTIMA
Por favor lea y ponga sus iniciales junto a cada declaración

____Certificación de Solicitud: Toda la información dada en esta solicitud para el Consejo de Compensación para Victimas es verdadera y precisa de acuerdo a mi conocimiento. Entiendo que dar información falsa puede resultar en el rechazo de mi solicitud y puedo ser castigado por la ley.

____Cooperación: Entiendo que mi falta de cooperación con la policía o el fiscal puede resultar en el rechazo de mi solicitud.

____Proceso Alternativo de su Solicitud: Si usted considera que el Consejo de Compensación para Victimas en su distrito judicial no ha podido procesar su solicitud con imparcialidad a causa de un asunto o relación personal o profesional con al menos dos de los miembros del Consejo, su solicitud será enviada a otro distrito para ser procesada. Si su reclamo es aprobado, las cuentas serán saldadas por medio de nuestra oficina. Esto puede demorar el proceso de su reclamo.

____Reembolso de la Indemnización: Yo me comprometo a reembolsar al Programa de Compensación para Victimas de Crimen si recibo pagos por parte del acusado (por medio restitución o pleito civil), agencia aseguradora, o cualquier otra agencia privada o gubernamental como indemnización por daños o muerte después de haber recibido compensación por parte del Programa de Compensación para Victimas.

____Acuerdo de Subrogación: Yo entiendo que al aceptar compensación del Consejo de Compensación para Victimas, le estoy dando permiso al Estado de que subrogue cualquier recompensa que yo reciba en el futuro por cualquier causa o acción legal.

____Permiso Para Difundir Información: Por medio de la presente, autorizo que se obtenga información por parte de mi empleador, doctor, hospital, historial médico o psiquiátrico, escuela, terapeuta, Servicios Humanos (DHS), agencias de orden público, abogado de lo civil o acreedor para el Consejo de Compensación para Victimas con el propósito de verificar mi reclamo. También autorizo que se comparta información en el registro de contabilidad de mi terapeuta para ser provisto al Consejo de Compensación para Victimas con el propósito de verificar cualquier saldo al mi cuenta.

____Permiso para Hacer Pagos: Por medio de la presente doy mi autorización para que cualquier indemnización que se me otorgue a través del Programa de Compensación de Victimas de Crimen sea utilizada directamente para hacer pagos a los proveedores de servicios pertinentes a mi reclamo. Entiendo que cualquier indemnización depende de la disponibilidad de fondos y se deja a discreción del Consejo.

____Derecho a Reconsideración: Como candidato, se le aconseja que si se niega su reclamo tiene derecho a solicitar una audiencia de reconsideración delante del Consejo. Usted tendrá la oportunidad de presentar pruebas y testigos. Durante esa audiencia, la carga de prueba se impondrá sobre usted como candidato para demostrar que el reclamo es razonable y compensable bajo los términos de la ley. En el evento que su reclamo sea negado durante la audiencia de reconsideración, el candidato tiene derecho de solicitar que la decisión del Consejo sea revisada de acuerdo a las leyes de Procedimiento Civil del Estado de Colorado.

NOMBRE (en letra de molde)

FIRMA DE LA VICTIMA O SOLICITANTE

FECHA

Envíe su solicitud complete a la siguiente dirección:
Crime Victim Compensation
201 LaPorte Ave Ste 200
Fort Collins CO 80521-2763