CALIFORNIA CalVCB VICTIM COMPENSATION BOARD

APLICACIÓN ASOCIADA:
Escriba si se conoce

A -

Solicitud Para Compensación de la Víctima de Crimen

Sección 1 debe ser llenada en todas las solicitudes. El solicitante es la persona que tiene gastos o está solicitando asistencia que resulta por un crimen. Si usted está llendando está solicitud por parte de otra persona, ponga la informacíon de esa persona en la Sección 1 y la informacíon de usted en Sección 3. Imprima por favor claramente y complete todas las secciones que sean necesarias.

☐ **Marque Esta Caja si Usted Es un Padre/Guardián Que Va Aplicar Por Un Testigo Menor Que a Precensiado un Delito Violento.** Los menores son elegibles solamente para el tratamiento de la salud mental. El solicitante es menor de 18 años, un testigo que estuvo cerca de un crimen violento, pero no es ni la víctima de crimen ni es relacionado con la víctima. Proporcione la información de la víctima, el crimen o la otra información en las siguientes secciones.

Ejemplo:

PRIMER NOMBRE: Nombre

APPELLIDO: Appellido

Sección 1 El Solicitante

SECCIÓN 1 DEBE SER LLENADA EN TODAS LAS SOLICITUDES
Una solicitud se debe llenar para cada persona que busca ayuda.

El solicitante es la persona que tiene gastos o está solicitando asistencia que resulta por un crimen.

Idioma hablado preferido:

Preferido lenguaje escrito:

PRIMER NOMBRE:

MEDIO NOMBRE:

APPELLIDO:

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: – –

¿Tiene el Solicitante Número de Seguro Social? ☐ Sí ☐ No

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA): / /

GÉNERO: ☐ M ☐ F

Relación a la víctima: ☐ Mismo ☐ Otro

Si otro, describa la relación:

¿Desde la fecha del crimen, el **solicitante** ha estado en prisión, en libertad vigilada, o en libertad bajo palabra de honor por una felonía? ☐ Sí ☐ No

¿Está el **solicitante** requerido a registrarse como delincuente sexual? ☐ Sí ☐ No

Domicilio:

NÚMERO Y NOMBRE DE CALLE O CAJA POSTAL:

Segunda Dirección (# apartamento o unidad):

CIUDAD:

ESTADO:

Código Postal:

TELÉFONO DE CASA: – –

TELÉFONO DE TRABAJO: – –

Ext.

CELULAR: – –

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Si usted es una víctima adulta y los gastos son para usted, pasa a la Sección 4 . Si no, continúe a la Sección 2.

SPAN

Para mas información llame:

1.800.777.9229

Problemas para escuchar, por favor llame al servicio de Retransmisión de California (711)

www.victims.ca.gov

Envíe la solicitud completada al:

California Victim Compensation Board
PO Box 3036, Sacramento, CA 95812-3036

o Entrega a su local
Asistencia de Víctimas y Testigos

CALIFORNIA CalVCB VICTIM COMPENSATION BOARD

Sección 2 La Víctima

La víctima del crimen es la persona que fue herida, amendazada con lesión, o fallecio a causa del crimen.

PRIMER NOMBRE:

MEDIO NOMBRE:

APPELLIDO:

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: – –

Fecha de Nacimiento(MM/DD/AAAA): / /

GÉNERO: M F

¿Tiene la víctima Número de Seguro Social? Sí No

¿Desde la fecha del crimen, el **víctima** ha estado en prisión, en libertad vigilada, o en libertad bajo palabra de honor por una felonía? Sí No

¿Está el **víctima** requerido a registrarse como delincuente sexual? Sí No

Si la Víctima Fallecio Fecha de Fallecimiento / /

Domicilio:

NÚMERO Y NOMBRE DE CALLE O CAJA POSTAL:

Segunda Dirección (# apartamento o unidad):

CIUDAD:

ESTADO:

Código Postal:

TELÉFONO DE CASA: – –

TELÉFONO DE TRABAJO: – –

Ext.

CELULAR: – –

CORREO ELECTRÓNICO:

Si usted está llenando esta solicitud en nombre de un menor o adulto incapacitado, continúe a la Sección 3

Si no, pasar por alto a la Sección 4

Sección 3 El Padre o Guardián Aplicante

Esta sección es para padres o guardianes de menores o los adultos incapacitados indicado en la sección 1.

Indique por favor su relación a la persona en la sección 1:

Padre Guardián Trabajadora Social Otro, describe:

PRIMER NOMBRE:

MEDIO NOMBRE:

APPELLIDO:

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: – –

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA): / /

GÉNERO: M F

¿Tiene el padre or guardián Seguro Social? Sí No

¿Desde la fecha del crimen, ha estado **usted** en prisión, en libertad vigilada, o en libertad bajo palabra de honor por una felonía? Sí No

¿Está **usted** requerido/a a registrarse como delincuente sexual? Sí No

Domicilio:

NÚMERO Y NOMBRE DE CALLE O CAJA POSTAL:

Segunda Dirección (# apartamento o unidad):

CIUDAD:

ESTADO:

Código Postal:

TELÉFONO DE CASA: – –

TELÉFONO DE TRABAJO: – –

Ext.

CELULAR: – –

CORREO ELECTRÓNICO:

Continúe a la Sección 4

CALIFORNIA CalVCB VICTIM COMPENSATION BOARD

Sección 4 La Información Sobre Sus Gastos

Para la victima de crimen, los beneficios siguentes pueden estar disponibles. Por favor marque las pérdidas relacionada al crimen que usted está solicitando. Por favor mande copias de cuentas, o una lista, de cualquier cuentas relacionadas al crimen. Para los testigos menores al delito violento, solamente el tratamiento de la salud mental son disponibles.Continúe a la Sección 5.

- ☐ Gastos médicos y/o dentales
- ☐ Tratamiento para la salud mental
- ☐ Pérdida de ingresos (si falto trabajo por causa del crimen)
- ☐ Gastos de mudanza o traslado
- ☐ Mejorias de la seguridad del hogar
- ☐ Modificaciones de casa o vehículo (para una víctima incapacitada por causa del crimen)
- ☐ Entrenamiento de trabajo (para una víctima incapacita por causa del crimen)
- ☐ Limpieza del lugar del crimen
- ☐ Gastos de guardería (childcare)
- ☐ Otro: _____

Para alguien con excepción de la víctima del crimen, los siguentes beneficios pueden estar disponibles. Por favor marque las pérdidas relacionada al crimen que usted está solicitando. Por favor mande copias de cuentas, o una lista, de cualquier cuentas relacionadas al crimen.

- ☐ Tratamiento para la salud mental
- ☐ Pérdida de ingresos (hasta 30 días si un menor fallecio o es hospitalizado)
- ☐ Ayuda de sostenimiento (para dependientes de una víctima fallecida o incapacitada)
- ☐ Gastos de funerario y/o entierro
- ☐ Limpieza del lugar del crimen
- ☐ Mejorias de la seguridad del hogar
- ☐ Gastos medicos de la víctima que fallecio

Continúe con el resto de las secciones

SOLICITUD PARA CONCESIÓN DE EMERGENCIA:

Las concesiones de emergencia se solicitan en ciertas situaciones. Una concesión de emergencia tiene el proposito de pagar gastos relacionados por el crimen en casos donde usted sufriria dificultad financiera si los gastos relacionados por el crimen no se pagan. Dificultad financiera significa que no tendran dinero disponible para sus necesidades como comida o renta despues de pagar las cuentas relacionadas por el crimen. Las concesiones calificativas de la emergencia son generalmente pagadas dentro de 30 días.

¿Usted necesita pedir una concesión de emergencia? ☐ Sí

Sección 5 La Información Sobre el Crimen

Nombre de la Agencia Policial:

NOMBRE DE LA AGENCIA POLICIAL A QUIÉN SE LE REPORTÓ EL CRIMEN:

Fecha(s) crimen ocurrio:

DESDE:(Si fue una fecha, indique aquí) __ / __ / ____ HASTA: __ / __ / ____ FECHA SE REPORTO EL CRIMEN: __ / __ / ____

TIPO DE CRIMEN::

DESCRIBA LAS HERIDAS: _____

Lugar Del Crimen (Si es conocido) NÚMERO Y NOMBRE DE CALLE O CAJA POSTAL:

NÚMERO REPORTE DE CRIMEN:

CONDADO DONDE OCURRIÓ EL CRIMEN:

Persona que cometió el crimen (sospechoso), si es conocido:

PRIMER NOMBRE:

MEDIO NOMBRE:

APPELLIDO:

☐ SOSPECHOSO DESCONOCIDO

CALIFORNIA CalVCB VICTIM COMPENSATION BOARD

Sección 6 La Información del Representante (Un representante no es necesario para aplicar por la compensación de la víctima

Esta sección es solamente para representantes, como defensores de victimas y abogados. Los defensores de Asistencia de Victimas solamente necesitan proveer su número de teléfono, nombre, número de centro, firma y fecha. Abogados, complete por favor esta sección totalmente.

PRIMER NOMBRE:

MEDIO NOMBRE:

APPELLIDO:

TELÉFONO: – –

Mailing Address:

NÚMERO Y NOMBRE DE CALLE O CAJA POSTAL:

Segunda Dirección:

CIUDAD:

ESTADO:

Código Postal:

NOMBRE DE ORGANIZACIÓN:

Firma de Abogado/Representante:

Fecha:

CENTRO DE ASISTENCIA DE VÍCTIMAS Y TESTIGOS:

JP/VWC #:

Solamente Para Abogados:

BARRA DEL ESTADO:

ID DE IMPUESTOS:

¿Está pidiendo el pago conforme al Goverment Code Section 13957.7(g)?

☐ Sí

☐ No

Sección 7 ¿Cómo Descrubió este Programa?

☐ Policía

☐ Fiscal del Distrito

☐ Proveedor Medico

☐ Tarjeta o Folleto

☐ Servicios de Protección a Menores

☐ Servicios de Protección para Adultos

☐ Medio de prensa (TV, radio, periódico, etc.)

☐ Otro: _____

☐ Proveedor de la Salud Mental

☐ Centro de Asistencia de Víctimas y Testigos

☐ Cartelera o Cartelon

Sección 8 La Información de Reportaje Federal

La siguiente información **voluntaria** es para **la persona recibiendo compensación** y su uso solo es para estadísticas y solamente para cumplir con las normas federales.

Ethnicidad:

☐ Afro Americano

☐ Caucásica

☐ Islas de Pacifico, Asia

☐ Americano Nativo

☐ Hispáno

☐ Otro: _____

¿La víctima está incapacitada?

☐ Sí ☐ No

¿la víctima estaba incapacitada antes de la fecha del crimen?

☐ Sí ☐ No

CALIFORNIA CalVCB VICTIM COMPENSATION BOARD

Sección 9 La Información de Seguro

Por favor indique abajo la información del seguro. Junta de Compensación para Víctimas de California (CalVCB, por sus siglas en inglés) es el último recurso de pago. Podemos contactar su compañia de seguros como un reembolso potencial. Si tiene mas de un proveedor de seguro, por favor indique en otra hoja y envíelo con su solicitud.

☐ Médico ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ Auto/Seguro de Vehículos ☐ Compensación Laboral ☐ Propietario de Vivienda/ Arrendatario ☐ Ninguno ☐ Otro: _____

Número de identificación de Medi-Cal:

Fecha en que se emitió su tarjeta: / /

NOMBRE DE COMPAÑÍA DEL SEGURO :

TELÉFONO: – –

Domicilio:

NÚMERO Y NOMBRE DE CALLE O CAJA POSTAL:

Segunda Dirección:

CIUDAD:

ESTADO:

Código Postal:

Nobre del Asegurado:

PRIMER NOMBRE:

MEDIO NOMBRE:

APPELLIDO:

DE GRUPO:

DE PÓLIZA:

¿Usted ha entablado una demanda de seguro relacionado a este crimen?

☐ Sí ☐ No ☐ Indeciso

Sección 10 Información del Empleador

Indique por favor el empleador de la víctima. Si usted es un padre/guardián que busca los beneficios de pérdida de sueldo porque una víctima menor fue hopitalizada o fallecio, indique a su empleador.

NOMBRE DE EMPRESA:

Persona de Contacto:

PRIMER NOMBRE:

¿Podemos contactar su empleador?

☐ Sí ☐ No

APPELLIDO:

TELÉFONO: – –

Domicilio:

NÚMERO Y NOMBRE DE CALLE O CAJA POSTAL:

Segunda Dirección:

CIUDAD:

ESTADO:

Código Postal:

¿La víctima está/estaba autoempleada? ☐ Sí ☐ No

¿La víctima perdió tiempo de su trabajo debido a lesiones causada por el crimen? ☐ Sí ☐ No

¿El crimen ocurrío durante el trabajo o lugar de empleo? ☐ Sí ☐ No

CALIFORNIA CalVCB VICTIM COMPENSATION BOARD

Sección 11 Información de Demanda Civil

¿Usted ha entablado o piensa entablar una demanda civil relacionado a este crimen? ☐ Sí ☐ No

Atención: Si usted decide entablar una demanda civil, por ley, usted está requirido a notificar CalVCB dentro 30 días de presentar la demanda.

Nombre de Abogado:

PRIMER NOMBRE:

MEDIO NOMBRE:

APPELLIDO:

TELÉFONO: – –

Domicilio:

NÚMERO Y NOMBRE DE CALLE O CAJA POSTAL:

Segunda Dirección:

CIUDAD:

ESTADO:

Código Postal:

Su solicitud para la compensación de la víctimas de crimen es casi completo.

- Llenar toda la información disponible.
- Adjunte las copias de cualquir documentos que sostenga su solicitud para la compensación, incluyendo copias de cuentas relacionados al crimen, seguranza, o cualquier cosa relacionado al crimen. Guarde los documentos originales para sus archivos.
- Por favor lea la página siguiente cuidadosamente, apunte la firma y fecha, y envíela a la dirección indicada o llevala a su Centro local de Víctimas y Testigos.
- CalVCB le enviará una carta que indica que se ha recibido su solicitud. La carta incluirá información adicional de beneficios pedido en su solicitud.
- Un represenentante del CalVCB podria contactarlo por más información si usted no pudo proporcionar lo necesario con su solicitud.
- Por cualquir pregunta sobre la Compensación de Víctimas, usted puede contactar a su Centro local de Víctimas y Testigos o llame al 1-800-777-9229.

CALIFORNIA CalVCB VICTIM COMPENSATION BOARD

Esta página debe ser firmada y ser fechada

Sección 12 Devulgación de Información

Le doy permiso a cualquier hospital ,clínica, doctor, dentista, o proveedor de salud mental; a cualquier director de funeraria o persona similar; cualquier empleador; cualquier agencia de gobierno o policial, incluyendo el Dept de Justicia, la administración de Seguridad Social, la Junta Estatal de Impuestos, y el Servicio de Impuestos Internos (IRS); cualquier compañía de seguro; o cualquier otra persona o agencia para que divulgue información relacionada con esta solicitud, incluyendo cualquier registro médico (incluyendo, pero no limitado a los registros pasados, los informes de la consulta, los informes de la patología, los resúmenes del despido del hospital, los informes operativos, rayo de x y otros informes de la radiología, informes del laboratorio, notas medicos, los informes narrativos, y los expedientes de facturación), salud mental, y de condenas de felonías, al CalVCB o sus representantes, para el propósito de elegibilidad determinante para beneficios de CalVCB. Este permiso también aplica a todas las fuentes de recuperación para los gastos reclamados, inclusive pero no limitado a, la salud o beneficios médicos, el desempleo o benificios de incapacidad, beneficios de Seguridad Social (incapacidad de Seguridad social, los ingresos Suplementarios de la Seguridad, y/o la jubilación, inclusive el apoyar registros médicos y/o mentales de salud), y beneficios de Veterano. Yo también doy permiso para divulgar los impuestos federales y estatal, inlcuyendo los servicios de impuestos, para el proposito de verificar los ingresos. Yo por la presente renuncio todos los privilegios legales a cualquiera de esta información necesaria por el CalVCB con respecto a mi reclamo.

Entiendo que una fotocopia o el fax de esta forma firmada son tan válido como la original, y mi firma da permiso para divulgar toda la información especificado.

Entiendo que el CalVCB o sus representantes pueden seguir restitución del ofensor condenado en este asunto para recuperar el dinero pagado a mí por el CalVCB y por eso completando esta aplicación yo he autorizado el uso de información en esta aplicación y subsiguientes reclamos a seguir restitución del ofensor condenado.

Para verificar o procesar esta aplicación, yo entiendo que el CalVCB o sus representantes pueden proporcionar información sobre esta aplicación, y la información contenida en esta aplicación, a cualquier representante nombrado en esta aplicación, en agencia de gobierno, o en proveedor de asistencia médica u otro proveedor de servicios, y puede pagar al proveedor directamente si pago de estos servicios es aprobado.

Estoy de acuerdo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe ser por escrito. La revocación tomará efecto cuando el CalVCB lo recibe, pero puedo ser considerado inelegible para beneficios de CalVCB una vez la revocación es recibida por el CalVCB. Sin embargo, ningún proveedor de asistencia medica puede condicionar tratamiento, el pago, la matriculación ni la elegibilidad para beneficios en si firmo esta autorización. Tengo derecho a una copia de esta autorización excepto en circunstancias limitadas. Estoy de acuerdo que información que redivulgando bajo esta autorización puede ser divulgado por el recipiente según exige la ley y este divulgación ya no puede ser protegido por federal o la ley del estado.

Estoy de acuerdo que las autorizaciones y estos acuerdos expirarán en diez (10) años después de la fecha de mi firma en esta forma.

Firma:	**Fecha:**

(Debe firmar el padre o guardián si la víctima es un menor o esta incapacitada.)

Sección 13 Mi Promesa al Junta de Compensación para Víctimas de California

Como es requerido por la ley de California, me pondré en contacto y pagar la Junta de Compensación para Víctimas de California (CalVCB) si yo, o cualquier persona en mi nombre, recibe los pagos por parte del delincuente, una demanda civil, una póliza de seguro, o cualquier otro gobierno o entidad privada , por las pérdidas sufridas como resultado directo del crimen que fue la base para la recepción de los beneficios de CalVCB, en la cantidad de los beneficios totales otorgados por el Junta. Entiendo que puede ser responsable de pagar cualquier cantidad CalVCB por el que se determinaron más tarde que yo no era elegible. Voy a notificar CalVCB si contrato a un abogado que me represente en cualquier acción relacionada con este crimen, o si ejerce ninguna acción por mi cuenta.

Cualquier dinero que reciba de CalVCB para mover o gastos de traslado, mejorar la seguridad en el hogar, o para la modificación de una casa o un vehículo para una víctima con discapacidad sólo se utilizará para esos fines. Si soy víctima de violencia doméstica recibiendo dinero para mudarme / trasladarme, no se lo diré al delincuente dirección de mi casa ni permita que el delincuente en las instalaciones en cualquier momento, o voy a buscar una orden de restricción contra el ofensor. En el caso de que sea compensada alguna perdida pecuniaria por el Junta de Compensación para Víctimas de California y el Estado de California, posteriormente, recibe una compensación por la misma pérdida en mi beneficio del perpetrado (inclusivo cualquier dinero recibido a través de una orden de restitución) o de cualquier otra fuente , la presente cedo a la compensación de Víctimas y de Gobierno Junta de Reclamaciones a todos los derechos a indemnización duplicada tal.

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California, que toda la información que he proporcionado es verdadera, correcta y completa a mi mejor saber y entender. Yo entiendo que se puede encontrar que no es elegible para los beneficios, y que se pueden tomar medidas para recuperar los beneficios que recibo si doy información falsa, incompleta intencionalmente, o engañosa.stado de California que toda la información que he proporcionado es verdad, y completó según mi leal saber y entender y la creencia. Entiendo que puedo ser inelegible para los beneficios, y que medidas se pueden tomar para recuperar beneficios que he recibo si proporciono la información que es falsa, intencionalmente incompleto, o engañar.

Firma:	**Fecha:**

(Debe firmar el padre o guardián si la víctima es un menor o esta incapacitada.)

Nombre Escrito:

Sección 13a Sólo Para Trabajadores Sociales del Condado

Como es requerido por la ley de California, me pondré en contacto e informar a la la Junta de Compensación para Víctimas de California (CalVCB) si me entero de que el demandante recibe ningún pago por parte del delincuente, una demanda civil, una póliza de seguro, o cualquier otro gobierno o entidad privada, por las pérdidas sufrido como resultado directo del crimen que fue la base para la recepción de los beneficios de CalVCB.

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California, que toda la información que he proporcionado es verdadera, correcta y completa a mi mejor saber y entender. Yo entiendo que el solicitante puede ser encontrado para ser elegible para los beneficios, y que se pueden tomar medidas para recuperar los beneficios que el solicitante recibe si el solicitante se proporciona información que es falsa, incompleta intencionalmente, o engañosa.

Firma:	**Fecha:**

(Debe firmar el padre o guardián si la víctima es un menor o esta incapacitada.)

Nombre Escrito:

Envíe la solicitud completada al:

California Victim Compensation Board
PO Box 3036, Sacramento, CA 95812-3036
- o -
Entrega a su local **Asistencia de Víctimas y Testigos**

1-800-777-9229

Problemas para escuchar, por favor llame al servicio de Retransmisión de California (711)

www.victims.ca.gov *Ayudando a Víctimas de Crimen de California desde 1965*

Aviso de privacidad para la recopilación de información

1. CalVCB recopila esta información con base en los artículos 13952 et seq. y 13954 del Código del Gobierno de California (California Government Code).

2. Toda la información que se recopile de este sitio está sujeta, sin limitarse, a la Ley de Prácticas sobre la Información (Information Practices Act). Consulte http://victims.ca.gov/media/pra.aspx.

3. Esta información se recopila con el fin de determinar la elegibilidad para la compensación.

4. CalVCB puede divulgar su información personal a otra persona que la solicite solo si la ley lo exige o en buena fe si dicha medida es necesaria para:

    a. cumplir con los edictos de la ley o con el proceso legal notificado a CalVCB o el sitio;

    b. proteger y defender los derechos o la propiedad de CalVCB; y,

    c. actuar bajo circunstancias exigentes para proteger la seguridad personal de los usuarios de CalVCB, o del público.

5. Las personas proporcionarán solo la información solicitada.

6. La información proporcionada es obligatoria.

7. Las consecuencias de no proporcionar la información solicitada podrían dar como resultado la denegación de su solicitud.

8. Usted tiene el derecho a obtener acceso a los expedientes que incluyen la información personal que usted proporcionó. La información recopilada la usa la División Legal, Legislativa y de Apelaciones (Legal, Legislation, and Appeals Division).

9. Escriba a la siguiente dirección en caso de cualquier pregunta relacionada con la recopilación de información: PO Box 48, Sacramento, CA 95812, o comuníquese con CivilCustodianOfRecords@victims.ca.gov, o comuníquese con el Coordinador de privacidad de CalVCB a InfoSecurityandPrivacy@victims.ca.gov.

10. Para obtener información adicional relacionada con la privacidad, consulte el Aviso de Privacidad de CalVCB (CalVCB's Privacy Notice) en http://victims.ca.gov/privacy.aspx.

11. Para obtener información relacionada con información del consumidor en seguridad, visite https://oag.ca.gov/privacy/online-privacy.