



Sólo para uso de la oficina

Reclamo Nro. _____

Comité de Compensación a la Víctima del Crimen
Office of the District Attorney, 20th Judicial District
1035 Kimbark Street, Longmont, CO 80501
Teléfono (303) 682-6801 Fax (303) 682-6711

SOLICITUD DE FONDOS PARA COMPENSACIÓN A LA VÍCTIMA DEL CRIMEN

El Programa de Compensación opera de conformidad con C.R.S. § 24-4.1-101 et seq.

Requisitos de elegibilidad*:

1. El crimen debe ser aquel en el que la víctima, como consecuencia de ello, sufre un daño físico o mental, muerte, o daño a la propiedad privada: cerraduras, ventanas o puertas *exteriores* de la vivienda donde reside.
2. La víctima debe cooperar con los agentes del orden público (Ej. Fiscal del distrito, policía, alguacil).
3. Se debe haber notificado a la agencia del orden público dentro de las 72 horas después de ocurrido el crimen.
4. El daño físico o muerte de la víctima no ocurrió como resultado de su propio mal proceder o provocación sustancial.
5. La victimización ocurrió el 1 de julio de 1982 o posteriormente.
6. La solicitud para compensación debe haber sido sometida dentro de un año contado a partir de la fecha del crimen, y dentro de seis meses para reclamar por daños a la vivienda donde reside.
7. El crimen ocurrió en el Condado de Boulder, en otro estado o país donde no exista un programa de compensación a la víctima, y donde la víctima es residente del Condado de Boulder.

• *El Comité de Compensación a la Víctima puede prescindir de algunos de los requisitos mencionados arriba por una buena causa o en aras de la justicia.*

Información general:

1. No tiene que haber un arresto para que la víctima sea elegible de solicitar compensación al programa.
2. La compensación puede otorgarse para gastos médicos, consejería de salud mental, dentadura postiza, anteojos, audífonos, u otras prótesis o dispositivos médicamente necesarios, pérdida de ingresos debido a daño físico, cuidado de paciente ambulatorio, servicios de atención médica a domicilio, gastos funerarios, puertas/cerraduras/ventanas exteriores de la vivienda donde reside, y la pérdida del sustento para los dependientes en caso de muerte. Los reclamos deben estar *directamente* relacionados al crimen reportado a la agencia del orden público.
3. La compensación por daño a la propiedad puede ser adjudicada para costear el reemplazo o reparación de puertas, cerraduras o ventanas exteriores que sufrieron daño durante la comisión del crimen. El reclamante debe proveer la factura o estimado.
4. Por ley, usted debe solicitar asistencia a todas las fuentes de ayuda financiera o reembolso que tenga a su disposición, incluido el seguro privado, Medicaid y Medicare.
5. Adjunte a su solicitud todas las facturas, recibos y estimados detallados directamente relacionados al crimen. Puede enviar su solicitud incluso si a la fecha no ha recibido facturas, en tal caso, envíelas según las vaya recibiendo.
6. Su reclamo será verificado y presentado al Comité de Compensación a la Víctima compuesto por un panel de tres miembros voluntarios nombrados por el Fiscal del Distrito electo. Este proceso podría tardar hasta 60 días contados a partir de la fecha de admisión de todos los documentos requeridos para presentar un reclamo al Comité.
7. El monto legal no puede exceder el límite de \$20,000. El reglamento del Comité limita la compensación en categorías individuales. Comuníquese al programa para informarse de los límites de categoría específica de acuerdo a su reclamo.
8. Si su reclamo es rechazado, usted tiene derecho a solicitar una apelación al Comité y de someter información nueva o adicional relacionada al motivo(s) que el Comité usó para rechazar o reducir su reclamo. Para solicitar una apelación, comuníquese con el programa de Compensación a la Víctima dentro de 30 días después de recibir la notificación de rechazo o reducción de su reclamo. Si solicita una apelación al Comité acerca de la decisión, se le enviará por correo información adicional referente a este proceso. En el caso de que el Comité mantenga la decisión de rechazo, usted tiene derecho a que la decisión del Comité sea revisada en concordancia con las Reglas de Procedimiento Civil de Colorado dentro de 30 días.

La solicitud e información que contiene su expediente está sujeta a descubrimiento de pruebas en procedimientos judiciales.

INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO DE SOLICITUD SOBRE COMPENSACIÓN A LA VÍCTIMA DEL CRIMEN

De conformidad con la ley 24-4.1-105(2)(a), el solicitante debe proveer la información que requiera el Programa de Compensación según éste lo estime necesario para procesar su solicitud. Las solicitudes que estén incompletas serán devueltas o se retrasarán hasta que se reciba toda la información.

SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA: La víctima primaria es la persona que sufre una lesión física o es asesinada. La víctima secundaria es alguien que tiene una relación cercana con la víctima, es familiar de la misma, o alguien que es testigo de un crimen. Se requiere una solicitud por separado por cada miembro de la familia solicitante. Es muy importante que provea la dirección completa incluida la ciudad, el estado, el código postal continuar notificándolo sobre el estado de su solicitud. El tener su número de teléfono y/o dirección de correo electrónico nos permite comunicarnos con usted si surgen preguntas. El número de seguro social se usa solamente para verificar las facturas enviadas para pago.

SECCIÓN 2 – INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE: Esta es la persona a quien se le contactará en referencia al reclamo. Podría ser la misma víctima primaria, un tutor legal o un miembro de la familia de la víctima primaria. Escriba la relación que existe con la víctima y provea un número de teléfono o dirección de correo electrónico para comunicarnos.

SECCIÓN 3 – INFORMACIÓN DEL CRIMEN: La mayor parte de esta información se obtendrá por medio del reporte del crimen tomada por la agencia de orden público que investiga. Usted *NO* necesita proveer una copia de este reporte. Llene toda esta sección, a su mejor entender, ayúdenos a constatar que tenemos el reporte correcto para proceder con su solicitud.

SECCIÓN 4 – INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS (ASEGURANZA) Y OTRAS FUENTES ALTERNAS: Por ley federal y estatal, el Programa de Compensación a la Víctima del Crimen es el pagador de última instancia. Si usted cuenta con otras fuentes a su disposición para la cancelación de las facturas que está enviando, debe revelarnos esa información. Las solicitudes incompletas serán devueltas.

SECCIÓN 5 – PETICIÓN DE SERVICIOS: Esta sección tiene nueve subsecciones: Marque los servicios para los cuales solicita asistencia o estima que va a necesitar. Si no solicita asistencia para esa subsección, escriba "N/A" (no corresponde).

- **Médicos:** Todas las facturas detalladas que envió deben estar **directamente** relacionadas con el crimen, y son al fin y al cabo, de responsabilidad suya. Las facturas o estimados relacionados al crimen deben dirigirse al Programa de Compensación conforme las va recibiendo. Todas las facturas que se reciban serán verificadas para confirmar la fecha, tipo y costo del servicio antes de que se determine si se hará el pago.
- **Objetos médicos de uso personal:** Se refiere a cualquier aparato médicamente necesario que haya sido robado o sufrido daño como resultado de un incidente criminal. Esto incluye audífonos, anteojos, dentadura postiza, etc. Envíe facturas o estimados detallados.
- **Consejería de la Salud Mental:** Para las víctimas primarias y secundarias. El Comité sólo aprobará terapias por medio de *terapeutas con licencia del estado*. Si existen circunstancias especiales, se harán consideraciones en base a cada caso, para lo cual el terapeuta debe ser supervisado por un terapeuta con licencia del estado.
- **Curso de Defensa Personal :** La víctima primaria puede solicitar curso de defensa personal .
- **Pérdida de ingresos:** Puede enviar su solicitud por pérdida de ingresos únicamente si faltó al trabajo a causa de daños físicos o emocionales relacionados al crimen y no recibió pago por vacaciones o un permiso de ausencia por parte de su empleador. Debe proveer un talón de pago reciente y su empleador deber verificar en un formulario el tiempo sin paga que faltó, dicho formulario está disponible en el Programa de Compensación. Si usted trabaja por su cuenta, se le pedirá que envíe una copia de la declaración de impuestos del año anterior.
- **Gastos funerarios:** Háganos saber si ya pagó o si tiene facturas pendientes de pago por gastos funerarios. Envíe todas las facturas o recibos que desee que sean considerados para pago o reembolso. La persona que pagó por el funeral es la persona elegible de recibir reembolso si se aprueba el reclamo.
- **Vivienda donde reside:** Escriba si tiene un seguro de vivienda deducible e indique el monto deducible. Si no tiene éste seguro, escriba "N/A" en el espacio provisto.
- **Pérdida de sustento para dependientes:** Si la víctima primaria fallece como resultado del crimen, las personas que son dependientes totales o parciales de los ingresos de dicha víctima, pueden solicitar fondos por pérdida de sustento. Asimismo, si se cumplen ciertos criterios, la pérdida de sustento puede ser otorgada en casos relacionados a violencia doméstica. Llámenos para más información.
- **Otorgamiento de emergencia:** Las peticiones de emergencia deben recibirse a más tardar dentro de 90 días contados a partir de la fecha del crimen. Para más información referente a la ayuda de emergencia y su disponibilidad, comuníquese con el Director del Programa.

SECCIÓN 6 – LITIGIO JUDICIAL CIVIL: Por medio de su firma, usted indica que está de acuerdo en devolver al Programa de Compensación el dinero que éste gastó, si usted obtiene dinero un litigio judicial civil.

SECCIÓN 7 – DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LA VÍCTIMA: Para llenar la solicitud se necesita que escriba sus iniciales en cada sección. Firme y escriba la fecha para autorizar al Programa de Compensación a verificar las facturas a su nombre. Las solicitudes incompletas serán enviadas de regreso y se retrasará el pago.

Envíe la solicitud y las facturas relacionadas al crimen a: *Victim Compensation Program, Office of the District Attorney – 20th Judicial District, 1035 Kimbark St., Longmont, CO 80501*

SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA (FAVOR DE USAR LETRA IMPRENTA O DE MOLDE):

Víctima primaria

Víctima secundaria

Nombre de la víctima
(Primer y segundo nombre, apellido)

Los últimos 4 números de su seguro social

Dirección del domicilio

Ciudad/Estado/Código postal

Teléfono de casa

Teléfono del trabajo

Otro teléfono/Correo electrónico

Estado de Residencia Permanente

Fecha de nacimiento

Edad cuando ocurrió el crimen

Sexo: Masculino Femenino

La información siguiente se usa solamente con propósitos estadísticos, y es necesaria para cumplir con las regulaciones federales.

Discapacitado:

- Sí Físico
 No Mental

Raza:

- Caucásico
 Afro americano
 Hispano/Español
 Indio Americano
 Asiáticos del Pacífico
 No sabe
 Otro: _____

¿Quién lo refirió al Programa de Compensación a la Víctima?

- Intercesor de la víctima
 Agente policial
 Oficina del Fiscal del Distrito
 Servicios sociales
 Hospital
 Terapeuta
 Otro: _____

SECCIÓN 2 – INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE (Llene solamente si la persona que envía la solicitud no es la víctima. Ej.: padres de la víctima, tutor legal o familiar de la víctima)

Nombre del reclamante (Padres/Tutor legal/Familiar)

Los últimos 4 números de su seguro social

Dirección del domicilio

Ciudad/Estado/Código postal

Número de teléfono

Número del trabajo

Relación con la víctima: _____

SECCIÓN 3 – INFORMACIÓN DEL CRIMEN *(Todos los solicitantes **deben** llenar esta sección)*

Tipo de crimen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Violencia doméstica | <input type="checkbox"/> Conductor embriagado/Daño vehicular/Homicidio |
| <input type="checkbox"/> Agresión | <input type="checkbox"/> Abuso físico contra un menor |
| <input type="checkbox"/> Allanamiento de morada/Daño Criminal | <input type="checkbox"/> Agresión sexual contra un menor por un miembro de la familia |
| <input type="checkbox"/> Agresión sexual contra un adulto | <input type="checkbox"/> Agresión sexual contra un menor por una persona extraña |
| <input type="checkbox"/> Asesinato/Homicidio | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

1. Fecha del crimen:	2. Fecha en que se reportó el crimen:	3. Dept. de Policía/Agencia donde se reportó el crimen:	4. Nombre(s) de la(s) víctima(s):
4. Agente policial a cargo del caso:	5. Número del reporte policial:	6. Nombre de la persona que cometió el crimen:	
7. ¿El crimen ocurrió en el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		8. ¿El agresor ha sido acusado judicialmente?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	
9. Condado donde ocurrió el crimen:		10. Número de caso judicial:	

SECCIÓN 4 – INFORMACIÓN SOBRE SEGURO (ASEGURANZA) Y OTRAS FUENTES ALTERNAS:

Por ley, el Programa de Compensación a la Víctima del Crimen es el “pagador de última instancia”; por lo tanto, se requiere que solicite la ayuda a su compañía aseguradora u otra fuente alterna y les envíe a ellos todas sus facturas. Marque todas las fuentes alternas de pago para facturas enviadas al Programa de Compensación.

*(Esta sección **debe** ser llenada antes procesar su reclamo).*

- ¿Tiene seguro de salud (aseguranza)? _____ Sí _____ No
- ¿Tiene seguro de automóvil? _____ Sí _____ No
- ¿Tiene seguro de vivienda? _____ Sí _____ No

SI LA RESPUESTA ES “SÍ” A CUALQUIERA DE ESTAS PREGUNTAS, LEA Y LLENE LO SIGUIENTE:

Si es sí, marque de qué tipo:

- _____ Seguro privado
- _____ Seguro colectivo
- _____ Medicaid
- _____ Medicare
- _____ Compensación al trabajador
- _____ Departamento de Servicios Sociales
- _____ CHP
- _____ Programa de Atención a Indigentes de Colorado
- _____ Otro

Si corresponde, indique:

- Asegurado _____
- Nombre de la compañía aseguradora _____
- Número de teléfono _____
- Número de póliza _____
- Monto deducible _____
- (Añada más páginas según sea necesario)

INCLUYA EN ESTA SOLICITUD, COPIAS DE FACTURAS DETALLADAS. ENVÍE FACTURAS RELACIONADAS AL CRIMEN CONFORME LAS VA RECIBIENDO.

SECCIÓN 5 – PETICIÓN DE SERVICIOS: Marque los servicios para los cuales solicita asistencia o que anticipa que necesitará. Si no solicita asistencia en esa subsección, escriba “N/A” (no corresponde).

_____ **SERVICIOS MÉDICOS:** Envíe copias de facturas médicas detalladas *relacionadas al crimen* conforme las reciba.

Hospital: Sí No

Médico: Sí No

Quiropráctico: Sí No

Dental: Sí No

Terapia Física: Sí No

Atención médica a domicilio: Sí No

Otro: _____

AVISO: Si se le recomienda cirugía plástica, cirugía reconstructiva, trabajo dental considerable, terapia física continua, etc., pídale al doctor que realizará el servicio que nos provea de una carta que indique cómo se relacionan los daños físicos con el crimen, y un estimado del costo total del procedimiento. El Comité de Compensación a la Víctima revisará dicha carta y le informará si podremos o no asistirlo con el costo.

De ser posible, escriba los nombres de los proveedores de servicio e indique si la factura está cancelada o pendiente de pago. Añada más páginas según sea necesario.

Proveedor de servicio _____ Cancelado Pendiente de pago Estimado

Proveedor de servicio _____ Cancelado Pendiente de pago Estimado

Proveedor de servicio _____ Cancelado Pendiente de pago Estimado

Proveedor de servicio _____ Cancelado Pendiente de pago Estimado

_____ **OBJETOS MÉDICOS PERSONALES:** Envíe copias de facturas o estimados detallados relacionados al crimen. (Limitado solamente a dispositivos médicamente necesarios perdidos o destruidos durante el crimen).

¿Robaron, dañaron o destruyeron el objeto durante el acto criminal? Sí No

Anteojos/Lentes de contacto: Sí No

Dentadura postiza: Sí No

Audífonos: Sí No

Aparato prostético: Sí No

Otro: _____

_____ **CONSEJERÍA DE LA SALUD MENTAL:**

¿Actualmente está usted (víctima) viendo a un terapeuta en relación al crimen? Sí No

Nombre del terapeuta: _____ **Teléfono #:** _____

El Comité sólo aprobará la terapia con *terapeutas con licencia del estado*. Se harán consideraciones en base a cada caso cuando existan circunstancias especiales. En tal caso, un terapeuta con licencia del estado debe supervisar al terapeuta. Si necesita los nombres de los terapeutas calificados, llame al 303-682-6801.

_____ **CURSO DE DEFENSA PERSONAL** (Sólo para víctimas primarias).

_____ PÉRDIDA DE INGRESOS DEBIDO SOLAMENTE A DAÑOS FÍSICOS A LA VÍCTIMA PRIMARIA

¿Pudo la víctima usar cualquiera de los siguientes tipos de permiso debido al daño físico o emocional causado por el crimen?

Permiso por enfermedad: Sí No **Vacaciones:** Sí No **Permiso por razones personales:** Sí No

Para cumplir los requisitos por pérdida de ingresos, usted tiene que haber estado empleado al momento del incidente. Si recibió pago de beneficios de parte de su empleador por concepto de permiso por enfermedad o vacaciones por el tiempo en que no trabajó, usted no puede solicitar pago adicional al Programa de Compensación a la Víctima, sólo puede solicitar por el tiempo SIN PAGA que no trabajó. Si usted es un trabajador por cuenta propia, debe proporcionar copias de la declaración de impuestos del año anterior para que podamos determinar con precisión la pérdida de sus ingresos.

AVISO: No podemos pagar por pérdida de ingresos por tiempo perdido en reportar el crimen, testificar en el juzgado, entrevistas con la policía y/o el Fiscal del Distrito, o cualquier tiempo gastado concerniente al caso criminal.

Se le enviará un formulario "Reclamo por Pérdida de Ingresos" para que lo entregue a su empleador con el propósito de que éste verifique su salario y constate que el tiempo sin paga de su trabajo está directamente relacionado con el incidente criminal. *Se le pedirá que incluya una copia de un talón de pago reciente, y si está haciendo una solicitud por pérdida de ingresos por más de una semana, necesitará una nota de un doctor o terapeuta.*

_____ GASTOS FUNERARIOS: Si corresponde, envíe copias detalladas de facturas.

¿Se ha pagado por gastos funerarios? Sí No

Proveedor del servicio funerario y número de teléfono

Nombre de la persona que pagó por los servicios funerarios

Número de teléfono

_____ VIVIENDA DONDE RESIDE (*Sólo para puertas, cerraduras y ventanas exteriores dañadas).

Maque según corresponda:

Puertas exteriores: _____ **Ventanas exteriores:** _____ **Cambio de cerraduras exteriores** _____

Limpieza del lugar del crimen (si no existe otras fuentes disponibles): _____

Monto deducible del seguro de la vivienda donde reside: \$ _____

*En algunos casos, por razones de seguridad, se puede otorgar compensación por modificaciones a la vivienda donde reside.

De acuerdo a ley, no se puede otorgar compensación por objetos personales. Ej. Automóviles, dinero, ropa, etc.

_____ PÉRDIDA DE SUSTENTO PARA DEPENDIENTES: Son elegibles de compensación las personas que son dependientes totales o parciales de los ingresos de la víctima en el momento de su muerte. Asimismo, en ciertos casos, la víctima primaria de violencia doméstica puede calificar por pérdida de sustento si cumple ciertos criterios. Llame para mayor información.

Nombre del dependiente

Fecha de nacimiento

Relación con la víctima

_____ OTORGAMIENTO POR EMERGENCIA: El Fondo de Compensación a la Víctima **PUEDE** ayudar a las víctimas si se determina que requieren asistencia de emergencia como resultado de un crimen. De acuerdo al reglamento, algunas jurisdicciones no permiten otorgamientos por emergencia. Comuníquese con nuestro programa para mayor información sobre este beneficio.

SECCIÓN 6 – LITIGIO JUDICIAL CIVIL *Véase también la Sección 7 – Repago al Programa de Compensación a la Víctima y

Acuerdo de Subrogación

¿Planea enjuiciar a la persona(s) o negocio/agencia responsable del daño físico? Sí No

Si la respuesta es sí, provea lo siguiente:

Nombre de su abogado civil: _____ Teléfono # _____

Dirección _____

Ciudad/Estado _____

AVISO: El Comité de Compensación a la Víctima debe ser notificada de cualquier acción civil y debe proveérsele de una prueba por escrito de la cantidad y términos del acuerdo.

SECCIÓN 7 – DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

DE LA VÍCTIMA – Lea detenidamente, escriba su inicial en cada sección, firme y escriba la fecha.

_____**CERTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD:** La información que contiene esta solicitud para el otorgamiento de Compensación a la Víctima del Crimen es verdadera y correcta a mi mejor entender. Entiendo que llenar información falsa puede resultar en el rechazo a mi reclamo y es punible por ley.

_____**RESPONSABILIDAD DEL RECLAMANTE:** Entiendo que soy responsable de las facturas relacionadas a este Crimen y que tengo la obligación de proveer documentación al Comité de Compensación a la Víctima del Crimen para ayudar a verificar mi reclamo. También debo notificar a los proveedores de servicio sobre mi solicitud al Programa de Compensación a la Víctima.

_____**COOPERACIÓN:** Entiendo que el no cooperar con las agencias del orden público (policía, alguacil, fiscal, etc.) podría resultar en el rechazo a mi reclamo. Además, tengo conocimiento de que si no coopero con la fiscalía en el caso por el cual he sufrido pérdidas, no seré legible a ninguna compensación y seré completamente responsable de reembolsar al Programa de Compensación a la Víctima sobre cualquier compensación recibida.

_____**PROCESO DE SOLICITUD ALTERNA:** Si usted piensa que el Comité de Compensación a la Víctima en su distrito judicial no es capaz de revisar su reclamo de modo justo debido a una relación personal o profesional con uno o más miembros del Comité, será enviado a otro distrito para su revisión. Si su reclamo es aprobado, ésta oficina pagará las facturas. Entiendo que esto podría retrasar el proceso de mi reclamo.

_____***REEMBOLSO DE LO OTORGADO AL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN A LA VÍCTIMA:** Entiendo que si recibo pagos por parte del agresor (restitución o acción civil), compañía de seguro (aseguranza), o de cualquier otra agencia gubernamental o privada como compensación por las lesiones físicas o muerte de la víctima, entonces reembolsaré al Programa de Compensación a la Víctima lo otorgado por ellos.

_____**AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Por medio de la presente autorizo la divulgación de toda información por parte de mi empleador, médico, hospital, Departamento de Recursos Humanos, abogado civil, proveedor(es) de servicio médico y/o mental, cualquier agencia(s) acreedoras con el propósito de verificar el reclamo que envié, o para establecer la validez de la restitución del reclamo. Además entiendo que cualquier información provista puede estar sujeta a divulgación bajo la ley. Mi firma autoriza la divulgación de toda la información como se especifica más arriba. La fotocopia o reproducción exacta de esta divulgación firmada tendrá el mismo efecto que el original.

_____***ACUERDO DE SUBROGACIÓN:** Por medio de la presente, estoy de acuerdo en notificar al Programa de Compensación a la Víctima en caso de presentarse beneficios a mi disposición, incluido pero no limitándose a una demanda legal civil que pague por los mismos gastos que reciba del Programa de Compensación. Además estoy de acuerdo en retener la cantidad equivalente a los fondos que obtenga que sean necesarios para reembolsar al programa en la cantidad exacta.

_____**LIBERACIÓN DE FONDOS:** Por medio de la presente autorizo que se entreguen los fondos adjudicados a mi nombre por parte del Programa de Compensación a la Víctima del Crimen de Colorado para que pague directamente al proveedor(es) de servicio mencionado en mi reclamo. Entiendo que cualquier otorgamiento está sujeto a la disponibilidad de fondos y a la discreción del Comité.

_____**DERECHO A RECONSIDERACIÓN:** Como solicitante, el programa de Compensación a la Víctima le informará si rechaza su reclamo. Usted tiene derecho a pedir una audiencia de reconsideración ante el Comité de Compensación a la Víctima del Crimen. Tiene derecho a presentar pruebas y testigos. En la audiencia, la carga de la prueba es suya, el solicitante, para demostrar que el reclamo es razonable y compensable bajo los términos de la ley de Compensación a la Víctima del Crimen de Colorado. En el caso de que el Comité ratifique el rechazo, el solicitante puede solicitar al Comité que revise su decisión en concordancia con las Regulaciones y Procedimientos Civiles de Colorado dentro de 30 días.

Nombre de la víctima o reclamante en letra molde

Firma de la víctima o reclamante

Fecha

Envíe por correo a: Boulder District Attorney's Office, Attn: Victim Compensation, 1035 Kimbark St., Longmont, CO 80501

Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar este formulario, llame a la oficina del Fiscal del Distrito al 303-682-6801 o correo electrónico a kstalnacker@bouldercounty.org or Página de Internet: www.bouldercounty.org/da. Fax #: 303-682-6711 rev: 8/14