



Compensación Para Víctimas del Crimen
Oficina del Fiscal de Distrito, Distrito Judicial 20
1035 Kimbark Street, Longmont, CO 80501
Teléfono: (720) 564.2835 Fax: (303) 416.8721
Email: victimcomp@bouldercounty.gov

SOLICITUD DE COMPENSACIÓN PARA VÍCTIMAS DEL CRIMEN

Requisitos de Elegibilidad*:

La víctima sufrió lesiones mentales, lesiones físicas, la muerte o daños a las puertas residenciales exteriores, cerraduras o ventanas como consecuencia de un delito compensable.

- La víctima deberá cooperar con las autoridades judiciales y policíacas (fiscal de distrito, policía, sheriff, etc.)
- El crimen fue reportado a una agencia de la policía dentro de 72 horas luego de haber ocurrido el crimen.
- La lesión o muerte de la víctima no fue el resultado de algún delito o provocación sustancial por parte de la víctima.
- La victimización ocurrió después del 1 de julio de 1982.
- La solicitud para recibir compensación deberá ser presentada dentro de un año a partir de la fecha del crimen; seis meses para reclamos por daños a la propiedad residencial.
- El crimen ocurrió en el Condado de Boulder, o, la víctima es residente del Condado de Boulder, pero el crimen ocurrió en un estado o país que no tiene un programa de CVC.

* *Boulder de Compensación para Víctimas del Crimen puede dispensar algunos de estos requisitos por una buena causa o en el interés de la justicia.*

Información General:

- No es necesario que se realice un arresto o que se presenten cargos para que una víctima sea elegible para recibir compensación.
- Se puede recibir compensación para servicios de consejería de salud mental, cursos de autodefensa, gastos médicos/dentales, dispositivos médicamente necesarios (dentaduras, anteojos, audífonos, prótesis), apoyo al hogar, puertas/cerraduras/ventanas residenciales exteriores, gastos funerarios, pérdida de apoyo a dependientes en caso de muerte, pérdida de ingresos, modificaciones/sistema de seguridad y limpieza de la escena del crimen.
- Las solicitudes deberán estar directamente relacionadas al crimen reportado a la policía. Los servicios pueden ser limitados por póliza de CVC.
- Se puede otorgar compensación por daños a la propiedad para la reparación o reemplazo de puertas, cerraduras y ventanas *residenciales exteriores* que hayan sido dañadas durante la comisión del crimen.
- Por ley, usted deberá solicitar todas las demás fuentes de asistencia financiera o reembolso disponibles, incluyendo seguros privados, Medicaid, Medicare, etc.
- Por favor incluya *facturas detalladas* y recibos que estén directamente relacionadas con el crimen. Usted puede solicitar compensación aun si no ha recibido una factura, pero envíe *facturas detalladas* en cuanto las reciba.
- Su reclamo será verificado y presentado a la junta de CVC. Este proceso puede tardar entre 45 y 60 días.
- La compensación no puede exceder los \$30,000. La compensación para categorías individuales está limitada por la póliza de la Junta. Se le notificará por escrito la decisión de la Junta y los pagos realizados a los proveedores.
- Si necesita asistencia financiera de emergencia, comuníquese con la agencia de la policía en donde se reportó el crimen y pregunte sobre asistencia financiera de emergencia.
- El Programa de Compensación para Víctimas del Crimen no discrimina a base de raza, color, origen nacional, religión, género, discapacidad, edad u orientación sexual.
- Si la víctima/solicitante tiene una discapacidad auditiva o visual, comuníquese con el programa CVC para obtener ayuda utilizando cualquiera de los datos de contacto de esta solicitud para adaptaciones.
- Si la víctima/solicitante tiene un dominio limitado del inglés, comuníquese con el programa CVC para obtener ayuda utilizando cualquiera de la información de contacto en esta solicitud para adaptaciones.
- Todos los materiales elaborados o conservados por el programa CVC o el Fiscal de Distrito en relación con una solicitud realizada bajo C.R.S. 24-4.1-100.1 son confidenciales. Sin embargo, su solicitud y la información en su archivo de reclamo pueden estar sujetas a descubrimiento durante el proceso judicial.
- Las víctimas tienen derecho a que la Oficina del Fiscal de Distrito les notifique si La corte ha emitido una citación para el archivo de reclamo de CVC, o materiales en el archivo de reclamo de CVC, para los cuales la víctima presentó una solicitud.

SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA: Complete todas las preguntas. Escriba N/A cuando una pregunta no sea aplicable.

Nombre de la Víctima (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)

Dirección Postal

Ciudad, Estado y Código Postal

Teléfono / Correo Electrónico

Fecha de Nacimiento Edad cuando ocurrió el crimen

La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos. Esta información es necesaria para cumplir con las regulaciones federales.

Sexo: Masculino femenino

Raza:

Fuente de Referencia:

¿Discapacitado antes del crimen?

Afroamericano

Repr. de Víctimas de la Policía

Mentalmente Sí No

Asiático

Repr. de Víctimas del fiscal

Físicamente Sí No

Hispano / Latinoamericano

Proveedor de Servicios

Isleño del Pacífico / Nativo de Hawaii

Servicios Humanos

Indio Americano / Nativo de Alaska

Hospital / Centro Médico

Caucásico / Blanco No-Latino

Proveedor de Salud Mental

Raza Múltiple

Otro _____

Otro _____

SECCIÓN 2 - INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE: Complete si la víctima es menor de edad, fallecida o incapacitada

Nombre del/de la Reclamante (Padre/Madre/Guardián/Familiar)

Fecha de Nacimiento

Dirección Postal

Ciudad/Estado/Código Postal

Relación con la Víctima

Teléfono Primario

Teléfono Secundario / Correo Electrónico

SECCIÓN 3 - INFORMACIÓN SOBRE EL CRIMEN:

Asalto sexual adulto

Abuso Físico de Menores

Conductor borracho/a

Asalto

Asalto Sexual Infantil

Asesinato/Homicidio

Robo/Delito contra la Propiedad

Violencia Doméstica

Otro _____

Fecha del Crimen: _____ Fecha en que el Crimen se Reportó: _____ Agencia de policía que tomó el reporte: _____

Número de Incidente/Caso: _____ Oficial de Policía Asignado/a: _____

¿Quién cometió el crimen? _____ Relación a la víctima: _____

SECCIÓN 4: SEGURO/OTRA FUENTE COLATERAL: Los gastos relacionados con delitos deben enviarse a todos los programas de asistencia financiera disponibles antes de la revisión del CVC. Indique si la víctima está asegurada.

Seguro médico : Sí No Discapacidad: Sí No
 Seguro de Auto: Sí No Compensación de trabajadores: Sí No
 Seguro de Vida: Sí No Propietarios / Inquilinos: Sí No
 Medicare/Medicaid: Sí No Nombre de la Compañía de Seguros: _____

SECCIÓN 5 - SOLICITUD DE SERVICIOS: Marque las casillas de los servicios que desea solicitar. Pueden aplicarse requisitos de elegibilidad adicionales.

CONSEJERÍA DE SALUD MENTAL:
 Indique los nombres de víctimas secundarias que deseen recibir asesoramiento sobre salud mental. Todas las personas mayores de 18 años deben firmar la última página de la solicitud. Agregue página si es necesario.

| Nombre de los miembros/s de la familia | Relación con la víctima | F.D. Nacimiento | Seguro médico (S/N) |
|--|-------------------------|-----------------|---------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ARTÍCULOS MÉDICOS/DENTALES O MÉDICOS PERSONALES:
 Debe presentar copias de las facturas detalladas relacionadas con el crimen. Seleccione los servicios que ha recibido y/o necesitará debido al crimen.

Hospital Médico Quiropráctica/Terapia Física Dental Enfermería a Domicilio
 Medicamento Dentaduras Anteojos/Lentes de Contacto Audífonos Dispositivo Prostético

PÉRDIDA DE APOYO A LOS DEPENDIENTES:
 Las personas que dependían total o parcialmente de los ingresos de la víctima pueden tener derecho a una indemnización. Se le enviará un formulario de "Pérdida de apoyo a los dependientes" si esta casilla está marcada.

PROPIEDAD RESIDENCIAL/SISTEMA DE SEGURIDAD:
 Envíe un presupuesto/recibo para la reparación/reemplazo de puertas, cerraduras y/o ventanas residenciales exteriores. El sistema de seguridad se limita al equipo y la instalación; sin suscripciones.

Cambio de cerraduras residencial Puerta Exterior Ventana Exterior Sistema de Seguridad

FUNERAL/ ENTIERRO: Envíe copias de las facturas detalladas, si están disponibles.

Nombre de la Funeraria y/o Cementerio _____

¿Se han pagado los servicios? Sí No ¿Quién pagó los servicios funerarios? _____

SALARIOS PERDIDOS:
 Puede solicitar la pérdida de ingresos por falta de trabajo debido a lesiones relacionadas con el crimen o duelo, y no tuvo tiempo pagado por enfermedad o vacaciones. Se le enviará un formulario de "Salarios perdidos". Se verificará el empleo, la tasa de pago, el tiempo libre no remunerado y la capacidad para trabajar. Los salarios perdidos no son elegibles para denunciar el delito, testificar en la corte, entrevistarse con la policía o el fiscal, hacer reparaciones en el hogar o asistir a citas.

CURSO DE AUTODEFENSA/EMPODERAMIENTO (Víctimas primarias únicamente)

LIMPIEZA DE LA ESCENA DEL CRIMEN: Para la limpieza profesional de fluidos corporales en la escena del crimen.

OTORGAMIENTO DE EMERGENCIA: La compensación de víctimas PUEDE ayudar a las víctimas con problemas de seguridad inmediatos que son un resultado directo al crimen. Estos otorgamientos están limitados a un máximo de \$2,000 y deben solicitarse dentro de los 90 días posteriores al crimen. Comuníquese con nuestra oficina al 720.564.2835 o victimcomp@bouldercounty.gov para analizar la elegibilidad y la documentación requerida.

SECCIÓN 6 - DEMANDA CIVIL:

¿Planea demandar a la(s) persona(s), su seguro o empresa responsable de esta lesión? Sí No

En caso afirmativo, tenga en cuenta que debe notificar a CVC con evidencia escrita del monto y los términos de la liquidación/acuerdo.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LAS VÍCTIMAS

Lea atentamente lo siguiente, firme y escribe la fecha

CERTIFICADO DE SOLICITUD: La información contenida en esta solicitud de Compensación para Víctimas del Crimen es verdadera y correcta de acuerdo con mi conocimiento. Entiendo que las declaraciones falsas proporcionadas o la documentación falsificada presentada pueden resultar en la negación de mi reclamo y que lo mismo es castigado por ley.

RESPONSABILIDAD DEL RECLAMANTE: Entiendo que soy responsable de mis facturas relacionadas con este crimen y tengo la carga de proporcionar cualquier documentación a la Junta de Compensación de Víctimas del Delito para ayudar con la verificación de mi reclamo. También debo notificar a los proveedores de servicios de mi solicitud al Programa de Compensación para Víctimas del Crimen.

COOPERACIÓN: Yo entiendo que mi falta de cooperación con las agencias judiciales (policía, sheriff, fiscal, etc.) puede resultar en la negación de mi reclamo.

ACUERDO DE SUBROGACIÓN: Yo acepto notificar al Programa de CVC en el caso de que beneficios/fondos estén disponibles para mí, incluyendo, pero no limitados a, demandas civiles, como pago por los mismos gastos que recibo del Programa de CVC. Además, acuerdo a conservar gran parte de los fondos recuperados como sea necesario para reembolsar el Programa de CVC a medida de la compensación que recibí del Programa.

PROCESO DE SOLICITUD ALTERNATIVA: Si usted siente que la Junta del CVC en el vigésimo Distrito Judicial o el personal no puede evaluar imparcialmente su reclamo debido a alguna relación personal o profesional con dos o más miembros de la Junta, su reclamo será enviado a otro distrito para ser evaluado. El vigésimo Distrito Judicial deberá recibir una solicitud de evaluación alternativa por escrito. Si su reclamo es aprobado, las facturas serán pagadas por el vigésimo Distrito Judicial. Yo entiendo que esto puede retrasar el procesamiento de mi reclamo.

REEMBOLSO AL PROGRAMA DE COMPENSACION PARA VÍCTIMAS DEL CRIMEN: Yo acepto reembolsar al Fondo de Compensación para Víctimas del Crimen si se reciben pagos del infractor (restitución o acción civil), pagos de seguro, o de cualquier otra agencia gubernamental o privada como compensación por esta lesión o muerte después de recibir el pago del Fondo de Compensación para Víctimas del Crimen.

DERECHO A RECONSIDERACIÓN: En el caso de que mi reclamo de compensación sea negado, se me notificará sobre la razón por la negación por escrito. Entiendo que tengo el derecho de solicitar una reconsideración por parte de la Junta de Compensación para Víctimas del Crimen y que puedo hacer lo mismo presentando una carta que indique la razón o razones por la negación como sea indicada en la carta. La Junta de Compensación a Víctimas de Crímenes, a su discreción, puede llevar a cabo una audiencia para reconsiderar la reclamación negada. Entiendo que la carga de la prueba para demostrar que la reclamación es razonable y compensable bajo la Ley de Compensación para Víctimas del Crimen de Colorado está sobre mí como solicitante. En caso de que la negación sea confirmada por la Junta después de la reconsideración, entiendo que puedo hacer que la decisión de la Junta sea revisada de acuerdo con las Reglas de Procedimientos Civiles de Colorado.

LIBERACIÓN DE FONDOS: Por la presente, autorizo la liberación de los fondos que se me otorgaron en virtud de la Ley de Compensación para Víctimas del Crimen de Colorado para que se paguen directamente al (a los) proveedor(es) de servicios/reclamante de bolsillo, según corresponda a mi reclamo. Entiendo que la aprobación de cualquier solicitud de reclamo está sujeta a la disponibilidad de fondos y a la discreción de la Junta.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACION: Yo autorizo la divulgación de toda la información de cualquier empleador, médico, hospital, Departamento de Servicios Sociales, abogado civil, proveedores de servicios médicos y/o de salud mental y/o cualquier otro acreedor o agencia para el propósito de verificar las reclamaciones que he presentado para establecer la validez del reclamo. Además, entiendo que cualquier información proporcionada puede estar sujeta a divulgación bajo la ley. Esta autorización podrá ser revocada en cualquier momento por escrito, excepto al grado en que ya se hayan tomado medidas a través de la misma. Mi firma autoriza la divulgación de toda la información especificada anteriormente. Una fotocopia o reproducción exacta de esta liberación firmada tendrá el mismo efecto que la original.

Nombre de la Víctima o Reclamante

Firma de la Víctima o Reclamante

Fecha

Enviar por correo electrónico a: victimcomp@bouldercounty.gov o por correo a: Boulder District Attorney's Office, Attn: Victim Compensation, 1035 Kimbark St., Longmont, CO 80501. Para obtener más información sobre CVC: comuníquese: 720.564.2835 o victimcomp@bouldercounty.gov

El programa de Compensación para Víctimas del Crimen opera de conformidad con C.R.S. § 24-4.1-101 y siguientes.