



NEW JERSEY

OFICINA DE COMPENSACIÓN PARA VÍCTIMAS DEL CRIMEN

Solicitud de reclamo e instrucciones *(vigente.8.1.20)*

cuidado
apoyo
dignidad
ayuda
respeto

Ayudamos a que todo vuelva a la normalidad



OFICINA DE COMPENSACIÓN PARA VÍCTIMAS DEL CRIMEN DE NEW JERSEY

Información de reclamos e instrucciones para la solicitud

La Oficina de Compensación para Víctimas del Crimen (VCCO, por sus siglas en inglés) de Nueva Jersey compensa a las víctimas de un crimen por las pérdidas y los gastos resultantes durante la comisión de ciertos actos delictivos. Para su conveniencia, a continuación encontrará las preguntas que se presentan con más frecuencia. Sin embargo le pedimos visitar nuestro sitio web en www.njvictims.org para mayor información. Además puede contactar al Coordinador de Víctimas/Testigos, localizado en cada oficina del Procurador del Condado. Un enlace para esas oficinas está localizado en el sitio web de la VCCO.

¿Qué crímenes están cubiertos?

Los crímenes que cubre incluyen pero no se limitan a, agresión, homicidio, agresión sexual, secuestro y todos los incidentes relacionados con la violencia doméstica.

¿Cuánta ayuda puedo obtener de la Oficina de Compensación para Víctimas del Crimen (VCCO) de New Jersey?

La VCCO puede otorgar hasta \$25,000* por todos los gastos. Sin embargo, muchos tipos de beneficios tienen límites. Ejemplos de diferentes gastos y de sus respectivos límites:

- Reubicación de emergencia \$3,000
- Cuidado de niño o dependiente \$6,500
- Consejería de Salud Mental \$20,000
- Gastos de Funeral \$7,500
- Cuotas de Abogados \$10,000
- Pérdida de ingresos o manutención
- Derechos de víctimas en procesos penales
- Gastos médicos, de hospitales y de terapia física
- Cuotas de Abogado para ayudarlo a entablar una demanda y al representarlo en el proceso de la apelación.

¿Cómo califico para recibir asistencia?

Si usted es la víctima o solicitante (persona que presenta la solicitud de parte de la víctima o de parte de los dependientes de la víctima) usted debe probar que:

- El delito es elegible bajo la ley.
- Usted es residente del Estado de Nueva Jersey o que el delito ocurrió en este estado.
- Usted sufrió pérdidas económicas indemnizables como resultado del acto penal.
- El delito fue reportado a las agencias del orden público dentro de un plazo de 9 meses, y usted presentó esta solicitud dentro del plazo de 3 años desde la fecha del delito. Se tomará consideración al presentar una solicitud tardía si existe justificación suficiente para ello.
- Usted coopero con la Policía y con la Oficina del Procurador. Sin embargo, su elegibilidad no depende de una condena o del enjuiciamiento del ofensor.
- El seguro y otras fuentes de pago tales como la restitución que haya pagado el ofensor no logran cubrir el monto de las facturas que se han presentado.
- Con la excepción de casos de homicidio, usted no contribuyó a sus lesiones, provocó el incidente, y no es responsable por ni participó en el delito que le causó sus lesiones.
- No tiene ninguna multa de VCCO aún pendiente que pagar por alguna condena.
- Usted no tiene ninguna orden de arresto pendiente por ofensas procesables ni tiene cargos

¿Qué pérdidas comunes no están cubiertas?

- Daño a propiedad o pérdidas, excepto la limpieza a un lugar del crimen.
- Dolor y Sufrimiento.

*Otros más \$35,000.00 se pueden otorgar para beneficios catastróficos a víctimas con discapacidades permanentes.

Instrucciones para la solicitud de reclamo a la VCCO de New Jersey

- Por favor lea las instrucciones antes de empezar la solicitud. Incluya copias de toda la información relacionada (ej. copias de facturas detallados, cuentas, estados de cuentas de seguros) que usted tenga. Cuanta más información tengamos ahora, lo antes que podrá procesarse su solicitud. Sin embargo, siempre puede enviarnos información adicional después.
- La agencia le enviara una carta de confirmación. Por favor sepa que si usted está presentando su solicitud a través de otra agencia, se retrasará en que la reciba la VCCO.
- Además de llamarnos para averiguar cómo va su reclamo, también puede enviarnos un correo electrónico a njvictims@njvictims.org.
- Si se ha mudado o si cambia su número de teléfono, favor de notificarnos.
- Debido a la gran cantidad de reclamos que recibimos y de acuerdo con la ley, el tiempo que tarda procesar un reclamo es de 3 meses luego de haber recibido todos los documentos de prueba.
- La clave para poder procesar el reclamo rápidamente es el haber recibido todos sus documentos, de los hospitales, doctores, agencias del orden público, patrones, agencias gubernamentales, etc.

¿Dónde puedo obtener ayuda con esta solicitud?

Comuníquese con la Oficina de Defensa de Víctimas/Testigos de su condado o con la VCCO de las siguientes formas:

Teléfono: (877) 658-2221

Teléfono: (973) 648-2107

Fax: (973) 648-3937

www.NJVictims.org

njvictims@njvictims.org

Envíe por correo todas las solicitudes a la oficina de Newark:

VCCO

50 Park Place, 5th floor
Newark, NJ 07102

SECCIÓN 1: Información de Víctima

(Sección Requerida)

Escriba en letra de molde el nombre de la persona que resultó herida en el sitio del crimen. Deberá ser la misma persona que aparece listada como "Víctima" en el informe de las agencias del Orden Público. Complete el resto de esta sección con información sobre la víctima.

SECCIÓN 2: Información del Solicitante

(Sección Requerida)

Escriba en letra de molde el nombre de la persona que está solicitando la compensación si es diferente a la víctima. Esta persona además puede ser el adulto que asuma responsabilidad por las cuentas relacionadas con el crimen o puede ser la persona económicamente responsable (e.j. padre/madre, tutor, esposo) de un menor de edad, o persona discapacitada o no competente que haya sido lesionada como resultado de un crimen.

SECCIÓN 3: Información Adicional

Escriba en letra de molde el nombre de una persona que la VCCO puede contactar si no logramos contactarle a usted.

SECCIÓN 4: Información del Crimen

(Sección Requerida)

Escriba los detalles del crimen en letra de molde aquí. Adjunte una copia del informe del incidente. Si no la tiene, la VCCO le pedirá una a la agencia del orden público o al procurador. El informe del incidente de las agencias del orden público es necesario para determinar su elegibilidad y para procesar el reclamo.

**SECCIÓN 5:
Servicios Solicitados**
(Sección Requerida)

Por Favor repase los posibles beneficios disponibles y seleccione cuales servicios está solicitando. Se pedirá documentación en apoyo a cada beneficio que se seleccione.

**SECCIÓN 6:
Información de Seguros**
(Sección Requerida)

Si usted tiene seguro que pueda cubrir algunos de sus cuentas relacionadas con su crimen, proporcione su información de seguro aquí.

**SECCIÓN 7
Proveedores de Tratamiento Médico/Consejería**
Liste el nombre de Hospitales y doctores que le han proveído servicios. Si ya tiene facturas detalladas, favor de enviar copias con su solicitud.

**SECCIÓN 8:
Información de Trabajo**

Liste la información de su trabajo si usted no ha podido trabajar por lesiones relacionadas al crimen o por estar cuidando de alguien que tiene lesiones relacionadas al crimen.

**SECCIÓN 9:
Información de Dependientes**

En un incidente de homicidio, liste los dependientes de la víctima que dependían de la víctima para su manutención.

**SECCIÓN 10:
Información de su Abogado**

Complete esta sección si usted contrató a un abogado para representarlo/a en este reclamo, ayudarlo en el tribunal, llegar a un acuerdo en un reclamo de seguros o para entablar una demanda relacionada con este crimen.

**SECCIÓN 11:
Información de Fuente de Referido**

Escriba el nombre del/de la representante de víctimas o del/de la profesional que le ayudó a usted con esta solicitud.

**SECCIÓN 12:
Responsabilidad Legal y Firma**

(Sección Requerida)

Esta solicitud es un documento legal que debe ser leído y firmado por el adulto solicitante.

**SECCIÓN 13:
Autorización para obtener expedientes**
(Sección Requerida)

Este permiso para obtener sus expedientes es para obtener información de parte de sus doctores, su hospital, patrón, la policía y el procurador para que la VCCO pueda procesar su reclamo.

**SECCIÓN 14:
Asignación de Interés**

(Sección Requerida)

Este es un acuerdo legal que debe ser firmado para que la VCCO le pague alguna compensación a usted.

**SECCIÓN 15:
Autorización para divulgar información
Conforme a la Ley de Privacidad HIPAA**
(Sección Requerida)

Esta autorización es necesaria para obtener información de parte de todos sus proveedores de servicios de salud bajo las leyes federales.

Debe ser llenada firmada y fechada para que la VCCO pueda procesar su reclamo.

**SECCIÓN 16:
Sección Para Detalles Adicionales**
(Si es Necesario)



New Jersey Office of the Attorney General
Victims of Crime Compensation Office

877-658-2221 • www.NJVictims.org • njvictims@njvictims.org



PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

Application No. _____

Claim No. _____

Death Personal Injury

Solicitud de reclamo

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOBRE LA VÍCTIMA

La víctima es la misma persona listada como víctima en el informe del incidente del crimen (complete una solicitud separada para cada víctima) El/la solicitante es la persona que está solicitando compensación. No complete La SECCIÓN 2 si la víctima es el/la solicitante.

Sr. Sra. Srta. Mx. (Elija uno)

Nombre legal completo de la víctima _____
Apellido *Primer nombre* *Inicial del segundo nombre*

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Marcar si la víctima: Falleció (fecha de fallecimiento ____ / ____ / ____)
 Es Menor de 18 años Es incompetente Está Discapacitado/a

Dirección de correo de casa _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa (_____) _____ - _____ Teléfono de trabajo (_____) _____ - _____

Teléfono celular (_____) _____ - _____ Correo electrónico _____

Sexo: Masculino Femenino No designado/No-Binario

Raza/Etnicidad: Asiático/a Latino/a Indio Americano / Nativo de Alaska
 Caucásico Múltiples Razas Nativo de Hawái / Islas del Pacífico
 Oriente Medio Afro Americano/a Otro _____

Estado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

Definición de solicitante: "Solicitante" quiere decir la persona que solicita la compensación, que puede o no ser la víctima del crimen que constituye la base de la solicitud de reclamo de compensación. No llene esta sección si usted es la víctima arriba mencionada.

Sr. Sra. Srta. Mx. (Elija uno)

Nombre legal completo del solicitante _____
Apellido *Primer nombre* *Inicial del segundo nombre*

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Relación del solicitante con la víctima: Cónyuge Padre/madre Hermano/a Hijo/a Otro _____

Dirección de correo de casa _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa (_____) _____ - _____ Teléfono de trabajo (_____) _____ - _____

Teléfono celular (_____) _____ - _____ Correo electrónico _____

SECCIÓN 3: CONTACTO ADICIONAL

Una persona en la que confía el/la solicitante y que la VCCO pueda contactar en caso de no estar disponible la víctima o solicitante.

Nombre _____

Relación: Padre/madre Hermano/a Amigo/a Abogado/a Terapeuta Otro _____

Dirección _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (_____) _____ - _____ Teléfono de trabajo (_____) _____ - _____

Teléfono celular (_____) _____ - _____ Correo electrónico _____

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN SOBRE EL INCIDENTE CRIMINAL

Si los tiene disponibles, adjunte una copia de los siguientes: informe de policía, informe del incidente, Orden de restricción temporal, Orden de restricción permanente, etc.

Fecha del crimen ____ / ____ / ____ Fecha que se reportó ____ / ____ / ____

Nombre, tal como aparece en el informe del incidente _____

Nombre de agencia del orden público _____

Lugar/dirección del crimen _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código postal _____

Número de denuncia policial _____ Número de expediente del procurador _____

Tipo de crimen:

- Acecho Robo violento** Incendio provocado Comportamiento Escandaloso
 Asesinato Agresión simple Violencia Domestica Actos indecentes con menores
 Secuestro Agresión Sexual Agresión con agravantes Ofensas de vehículos motorizados**
 Discriminación Trata de personas Amenazas de propinar daño corporal
 Allanamiento** Homicidio Culposo Actos lascivos, obscenos, indecentes

Breve descripción del incidente y de las lesiones que sostuvo: _____

Nombre(s) del (los) Ofensor(es), si los sabe: _____

Relación con el (los) ofensor (es), si hay alguna: _____

¿Ha presentado este reclamo dentro de los 5 años desde que ocurrió el crimen? Sí No*

¿Vivía la víctima en el mismo hogar que el ofensor cuando ocurrió el crimen? Sí No

¿Se ha ordenado pagar restitución? Sí No

¿Presentó un reporte a la policía dentro de los 9 meses? Sí No*

*Si contestó "No" a alguna de las dos preguntas anteriores, debe proveerle a la agencia razones legítimas para justificar el no presentarlos informes a tiempo. (Ver la sección 16A o B para el espacio donde deberá listar sus razones).

**Ciertas condiciones aplican.

SECCIÓN 5: SERVICIOS SOLICITADOS

Por favor seleccione los servicios que solicitará. Dependiendo de cuales servicios solicite, es posible se le requiera presentar información adicional.

- Servicios Médicos:** gastos médicos directamente relacionados con una lesión asociada con el incidente y que no esté cubierta por el Seguro o por el "charity care" (servicios de caridad).
- Consejería y Terapia:** gastos de asesoría de salud mental relacionados con el incidente y que no estén cubiertos por el seguro. El otorgamiento máximo de asesoría de salud mental es el siguiente: Sobreviviente de homicidio \$20,000, víctima lesionada \$20,000, víctima(as) secundaria (s) \$7,000, Consejería y Terapia en grupo \$50 por sesión por víctima.
- Servicios Dentales:** Gastos dentales relacionados directamente con una lesión o golpe asociados con un crimen y no cubiertos en su totalidad por el seguro.
- Recetas Médicas:** Gastos de recetas médicas directamente relacionados con una lesión asociada con un crimen y no estén totalmente cubiertos por el seguro.
- Reubicación:** La cantidad máxima que se otorga para la reubicación es \$3,000. La VCCO puede considerar pagar gastos de reubicación cuando exista la necesidad de proteger la salud y seguridad de la víctima o de su familia. La oficina puede considerar pagar gastos tales como el depósito de seguridad directamente al arrendador, albergue temporal, servicios de mudanzas, la diferencia entre los pagos mensuales de hipoteca y los pagos de renta mensual, pagos del primer mes de alquiler, un mes de renta si la reubicación tomo lugar dentro de un plazo de un año de haber presentado la solicitud y o gastos razonables que se consideren ser razonables y necesarios.
- Funeral:** El otorgamiento máximo para gastos de funeral es de \$7,500. La oficina puede considerar pagar por gastos tales como gastos de funeral, flores, gastos de comidas, gastos de cementerio, y gastos de lápidas y marcadores de tumbas.
- Transporte al Funeral:** \$500 por persona con un reembolso máximo de \$3,000. Esto puede incluir gastos de transporte aéreo o transporte en ferrocarril.
- Pérdida de ingresos (víctima):** Pérdida de ingresos de una víctima producida directamente debido a la lesión relacionada con el crimen cuando la víctima no estaba recibiendo pagos. La VCCO no puede considerar presentar un reembolso si el/la solicitante recibió algún pago debido a días acumulados por enfermedad o por vacaciones. La Pérdida máxima de ingresos a considerarse es de \$600 por semana con un máximo de 104 semanas.
- Pérdida de ingresos (solicitante):** Cuando el solicitante estaba empleado cuando ocurrió el incidente, pero perdió tiempo de su trabajo por tener que cuidar de la víctima como resultado de las lesiones de ésta. La VCCO no puede considerar pagos si al solicitante se le pagó por días acumulados de enfermedad o de vacaciones. La Pérdida máxima de ingresos que se considerará es de \$600 por semana con un máximo de \$7,000.
- Pérdida de manutención (reclamo de homicidio):** Se puede considerar un reclamo por pérdida de manutención si la víctima estaba manteniendo al solicitante o a su familia cuando murió. La cantidad máxima de manutención que se considerará es de \$600 por semana a no exceder 48 meses.
- Pérdida de manutención (del ofensor):** Se podrá considerar la Pérdida de manutención cuando se pueda determinar que el ofensor mantenía al hogar antes del incidente y ahora está encarcelado, and prófugo o ha dejado de mantenerlos debido al incidente. La cantidad máxima a considerarse es de \$600 por semana a no exceder 48 meses.
- Reembolso de dinero en efectivo robado:** (solo para ancianos o personas permanentemente discapacitadas) La VCCO puede reembolsar efectivo (mínimo \$50) robado directamente a la víctima cuando este robo se haya reportado a la policía. El reembolso máximo es de \$1,000.

SECCIÓN 5: SERVICIOS SOLICITADOS *(continuación)*

- Honorarios de Abogado:** (derechos de las víctimas en ciertos procedimientos penales y/o civiles directamente relacionados al reclamo VCCO): VCCO puede ayudar con ciertos honorarios si la representación está relacionada con el caso penal en que se basa la demanda. Los honorarios de abogados son pagaderos en \$275 por hora a no exceder el máximo de \$10,000.
 - Representación de abogado al interponer un reclamo:** Honorarios de abogado pagaderos en \$275 por hora a no exceder el 15% del otorgamiento total o la cantidad que sea menor.
 - Servicios Domésticos:** VCCO puede reembolsar gastos de servicios de ayuda doméstica que surjan como resultado directo del crimen. Estos servicios domésticos pueden incluir limpieza de casa, lavado de ropa, ayuda en la cocina, compañía y otros servicios relacionados al apoyo de la víctima en su diario vivir. Reembolso máximo de \$6,500.
 - Servicios de guardería:** VCCO puede reembolsar gastos de cuidado infantil o guardería para un menor (14 años o menos) o para un adulto cuando estos servicios se necesiten como resultado directo del crimen. Reembolso máximo de \$6,500.
 - Equipo médico:** VCCO puede reembolsar cobros razonables por equipo médico que sea necesario tal como sillas de rueda, soportes ortopédicos, tablillas, muletas, andadores y otro equipo de adaptación personal necesario para manejar la discapacidad de la víctima.
 - Transporte a las citas médicas:** VCCO puede reembolsar los gastos de transporte de la víctima a sus visitas médicas y a otros establecimientos de salud. El reembolso máximo es de 31 centavos por milla a no exceder \$10 al día y \$3,000 total.
 - Limpieza del lugar del crimen:** La VCCO puede compensar por gastos razonables y necesarios por la limpieza de la residencia de la víctima y/o su vehículo personal donde haya ocurrido el crimen ***** o cuando los gastos directos se han convertido en la responsabilidad financiera de la víctima o solicitante. La compensación incluye, gastos de limpieza, reemplazo razonable del valor de ropa de cama, alfombrado, puertas, ventanas, cerrajería o muebles que hayan resultado dañados o destrozados como resultado del crimen o la colecta de evidencias. El otorgamiento total por la limpieza del lugar del crimen no deberá exceder \$4,000 en total.
 - Duelo:** Se puede compensar por Pérdida de ingresos a la familia de la víctima por asistir al funeral y su duelo por un periodo de tiempo de no más de dos semanas. La pérdida de ingresos máxima a ser considerada es de \$600 por semana.
 - Comparecencia al tribunal:** Se puede pagar por Pérdida de ingresos a las víctimas y a las víctimas secundarias por su comparecencia al tribunal. La cantidad máxima de pérdida de ingresos a ser considerada es de \$600 por semana con un máximo de \$7,000 por todo gasto de la víctima secundaria.
 - Transporte para comparecer en el tribunal:** La VCCO puede reembolsar gastos de transporte y las comparecencias al tribunal de la víctima o el/la solicitante. El reembolso máximo es de 31 centavos por milla a no exceder \$10 por día y \$3,000 en total.
- Compensación suplementaria por lesión catastrófica (CAT):** Se define a una víctima catastróficamente lesionada como una persona que la Oficina haya determinado ha sostenido una lesión grave o que se espera le durará de por vida. La compensación por pérdida de ingresos, pérdida de manutención, daños a propiedad y dolor y sufrimiento queda excluida de la compensación por lesión catastrófica. La VCCO puede proveer un pago suplementario o más con el único propósito de proporcionar ayuda de rehabilitación y servicios a las víctimas directas de lesiones catastróficas.
- Por favor marque aquí si usted cree que llena los requisitos y desea solicitar asistencia de CAT.

SECCIÓN 6: INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS/BENEFICIOS DE SALUD

Por favor indique cobertura de Seguro de salud o de automóvil. La información proporcionada puede ser utilizada para notificar a un proveedor de servicios de salud que existe otra fuente de pago antes que la VCCO considere pagar conforme a la ley N.J.A.C. 13:75- 1.19.

SEGURO MÉDICO Sí No

Compañía _____

Póliza No. _____

SEGURO MÉDICO SECUNDARIO Sí No

Compañía _____

Póliza No. _____

SEGURO DENTAL Sí No

Compañía _____

Póliza No. _____

SEGURO DE AUTOMÓVIL Sí No

Compañía _____

Póliza No. _____

Si ni la víctima ni el ofensor tienen seguro de automóvil, y el incidente involucró un vehículo motorizado, el solicitante debe presentar una solicitud a la New Jersey Property Liability Insurance Guaranteed Association (NJPLIGA) dentro de un plazo de 180 días de la fecha del incidente.

¿Ha solicitado a la NJPLIGA? Sí No

COMPENSACION LABORAL Sí No

SEGURO DE ARRENDADOR/ARRENDATARIO Sí No Compañía _____

Póliza No. _____

Charity Care Sí No Fecha de solicitud de charity care ____ / ____ / ____

Si marcó "No" la VCCO es el pagador de último recurso, primero se le cobrará a la compañía de seguro de la víctima/solicitante y al charity care. Por favor solicite ayuda de charity care en el hospital donde recibió tratamiento la víctima.

SECCIÓN 7: PROVEEDORES DE TRATAMIENTO MÉDICO/ASESORAMIENTO

Nombre del médico/hospital: _____ Fecha(s) de tratamiento: _____

Dirección: _____

Número de Tel: _____

Nombre del médico/hospital: _____ Fecha(s) de tratamiento: _____

Dirección: _____

Número de Tel: _____

Nombre del médico/hospital: _____ Fecha(s) de tratamiento: _____

Dirección: _____

Número de Tel: _____

SECCIÓN 8: INFORMACIÓN SOBRE LA PÉRDIDA DE /SALARIO/AYUDA

Llenar si usted ha perdido tiempo de su trabajo a causa de sus lesiones o para cuidar a una víctima lesionada.
(Si cuenta con más de un empleador, adjunte hojas adicionales)

Pérdida de ingresos de la víctima Pérdida de ingresos del solicitante Pérdida de manutención

Nombre del empleado _____

Núm. de teléfono de la compañía (_____) _____ - _____ Núm. de fax de la compañía (_____) _____ - _____

Nombre de la compañía o negocio _____

Dirección de la compañía o negocio _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código postal _____

Fechas de ausencia al trabajo debido a lesiones relacionadas con el crimen: ____ / ____ / ____ hasta ____ / ____ / ____

¿Ocurrió el incidente mientras estaba en el trabajo? Sí No

¿Si se lesiono en el trabajo, su empleador cuenta con Seguro de compensación laboral? Sí No

¿Ha solicitado beneficios del estado/Incapacidad Privada o Ausencia

Laboral por razones familiares para que le reembolsen los salarios perdidos? Sí No

Si respondió "Sí", presente toda notificación recibida del Estado/Incapacidad Privada/ o ausencia Laboral por razones de trabajo.

¿Ha perdido su familia ingresos/pagos debido al crimen? Sí No

¿Está usted faltando al trabajo por cuidar a la víctima? Sí No

Si los tiene, por favor enviar los comprobantes de pago de la semana anterior al crimen, de la semana que regresó al trabajo y una carta del médico con la fecha de su discapacidad

Si trabaja por su propia cuenta debe presentar declaraciones de impuestos de los 2 últimos años antes del crimen

Se puede otorgar perdida de manutención a los dependientes de victimas de homicidio.
Favor remitir copias de las declaraciones de impuesto de la victima de los últimos 3 años

SECCIÓN 9: INFORMACIÓN SOBRE LOS DEPENDIENTES

Presente información sobre los dependientes de la víctima u otras personas que dependen de la víctima para manutención.
(Si no hay, vaya a la sección 10).

Nombre del dependiente: _____ Relación con la víctima: _____

Dirección: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ ¿Es usted el tutor legal? Sí No

Nombre del dependiente: _____ Relación con la víctima: _____

Dirección: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ ¿Es usted el tutor legal? Sí No

Nombre del dependiente: _____ Relación con la víctima: _____

Dirección: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ ¿Es usted el tutor legal? Sí No

¿Hay alguien más que dependía de la víctima para manutención ordenada por un tribunal? Sí No

SECCIÓN 10: INFORMACIÓN SOBRE EL ABOGADO

A. Tipo de representación: Solicitud a la VCCO Demanda civil Derechos de las víctimas en casos/procesos penales

Nombre del abogado _____

Dirección _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (_____) _____ - _____

B. Tipo de representación: Solicitud a la VCCO Demanda civil Derechos de las víctimas en casos/procesos penales

Nombre del abogado _____

Dirección _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (_____) _____ - _____

C. Tengo la intención de entablar una demanda en una fecha futura Sí No

SECCIÓN 11: INFORMACIÓN SOBRE LA REFERENCIA

¿Quién lo refirió a la VCCO? Policía Amigo/pariente Procurador Coordinador Víctima/Testigo

Hospital Funeraria Centro de asistencia a víctimas de violación/violencia doméstica

Folleto/afiche Internet Profesional médico Otro _____

SECCIÓN 12: FIRMA Y AUTORIZACIÓN LEGAL

*Este es un documento legal que debe ser firmado por un adulto.**

Elegibilidad Para Participar en el Programa:

Entiendo que soy responsable por todas las facturas y que el programa de compensación está diseñado para pagar ciertos gastos no cubiertos por otra fuente. El presentar esta solicitud no me otorga el derecho de recibir beneficios.

Reembolso:

Acuerdo reembolsar a la VCCO si recibo dinero de otra fuente hasta el monto que han pagado de mi parte. Esto incluye cualquier pago que yo pueda recibir de parte del ofensor, pagos del seguro o por acuerdos judiciales, fallos, o demandas civiles.

He proveído información correcta y veraz a mi leal saber y entender. No he omitido, ocultado, o representado falsamente ninguna información deliberadamente que pueda afectar mayormente mi elegibilidad para obtener beneficios de compensación. Entiendo que podre estar sujeto a sanciones y castigos penales si cualquier información que he proporcionado es deliberadamente falsa.

X _____ Fecha _____

Firma de la víctima o solicitante

**Deberá firmar el representante legal si la víctima es menor de 18 años, ha sido declarado legalmente incapacitada o ha fallecido*

SECCIÓN 13: AUTORIZACIÓN PARA OBTENER EXPEDIENTES

Yo, _____, autorizo a la Oficina de Compensación Para Víctimas del Crimen (VCCO) o su agente, representante o el portador que inspeccione, revise y haga copias, incluyendo copias fotostáticas, de todos los archivos médicos y expedientes relacionados con ganancias, ingresos, u otorgamientos de cualquier agencia, expedientes de asistencia y cualquier otro expediente relacionado al empleo o ayuda económica, y también informes de la policía y del procurador necesarios para determinar elegibilidad para mi reclamo de compensación. Las fotocopias de esta autorización se consideraran tan validas como la original.

X _____ Fecha _____
Firma de la víctima o del solicitante

**Deberá firmar el representante legal si la víctima es menor de 18 años, ha sido declarado legalmente incapacitada o ha fallecido.*

SECCIÓN 14: CESIÓN DE INTERÉS

Yo, _____, centiendo que las leyes de NJ me requieren reembolsar a la Oficina de Compensación Para Víctimas del Crimen (VCCO) por cualquier cantidad de dinero que pueda recibir de otras fuentes. Deberé contactar a la VCCO al recibir dicho dinero adicional de parte del ofensor, de una demanda civil, de restitución, programa de seguros, o de parte de cualquier otra agencia ya sea privada o del gobierno.

Además cedo y confiero a la VCCO el derecho de recibir directamente el reembolso de dos tercios de la cantidad que me otorgó de las ganancias de cualquier demanda civil que yo haya comenzado o que comenzaré a entablar surgiendo de este incidente.

Al igual cedo y otorgo a la VCCO el derecho a ser reembolsado de parte de la Oficina de Libertad Condicional, la Comisión de Justicia de Menores, y el Departamento Correccional por la cantidad que se me pagará en forma de restitución ordenada por el tribunal en cualquier proceso penal relacionado con el incidente. Los reembolsos a la VCCO quedaran limitados a gastos por los cuales la VCCO me ha compensado.

Certifico estoy firmando esta Cesión de Participación libre y voluntariamente. Entiendo que debo firmar esta cesión para recibir compensación. Además certifico que si en algún momento doy comienzo a una demanda civil, entregaré a mi abogado una copia de esta Cesión de Participación con las instrucciones que mi abogado quede obligado a cumplir sus plazos y condiciones. Entiendo que la VCCO está dependiendo de buena fe de esta Cesión de parte mía para pagarme la compensación.

X _____ Fecha _____
Firma de la víctima o del solicitante

**Deberá firmar el representante legal si la víctima es menor de 18 años, ha sido declarado legalmente incapacitada o ha fallecido.*

SECCIÓN 15: AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN EN VIRTUD DE LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD

Nombre del paciente _____ Número de Seguro Social _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____ Teléfono (_____) _____ - _____

Dirección _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código postal _____

Autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud, como aparece descrito a continuación.

Centro autorizado para divulgar mi información de salud: _____

Entidad o persona(s) autorizada(s) para recibir mí información de salud: _____ *Oficina de Compensación a Víctimas del Crimen de New Jersey (NJ VCCO)*

La información de salud que puede ser utilizada/divulgada queda limitada a la siguiente:

- Resumen de dada de alta
 Historial y exámenes físicos
 Consulta(s)
 Laboratorio
 Reportes de cirugías
 Reporte de patología
 Radiografías/imágenes
 Expediente completo
 Otro (especificar) _____

La información de salud que puede ser utilizada está limitada a las siguientes fechas de tratamiento: _____

Información de salud a ser divulgada a la entidad o persona arriba identificada deberá ser utilizada/divulgada para los siguientes propósitos (incluya la Investigación o Comercialización, si es apropiado): Para determinar la cantidad de compensación que el paciente tiene derecho a recibir, incluyendo el pago por cualquier factura pendiente a pagarse por servicios proporcionados por el establecimiento al paciente.

La información de salud le identifica a usted (el paciente) por nombre, e incluye otra información demográfica sobre usted.

La información de salud puede incluir, pero no queda limitada a: expedientes médicos, placas de rayos-x, diapositivas, graficas, filmes, etc. Por la presente, relevo de responsabilidad al centro de salud que divulgue la información, a sus agentes y empleados de cualquier y toda obligación, responsabilidad, daños y reclamos que puedan surgir al divulgar la información autorizada, a incluir el abuso de alcohol, el abuso de drogas, enfermedades contagiosas incluyendo la condición de VIH, y/o diagnósticos psiquiátricos descubiertos durante mi visita, encuentro o hospitalización, o de hacer copias de dicha información conforme a la política de este establecimiento.

La información de salud protegida divulgada conforme a esta autorización puede ser divulgada de nuevo por parte de la persona que recibió dicha información y que de ser así ya no esté protegida por esta regla de privacidad. Si la información de salud se utiliza con propósitos de investigación continua, la fecha de vencimiento de la autorización o la especificación del evento no aplica.

Esta autorización tendrá validez durante todo el proceso de mi reclamo con la NJVCCO llegara a su fin cuando NJVCCO haya pronunciado una decisión final en cuanto a mis beneficios de compensación. Tengo entendido que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito, en cualquier momento, como lo indica la Notificación de Política de Privacidad, exceptuando cuando el establecimiento ya haya divulgado información basándose en mi autorización previa.

El tratamiento, los pagos, la matrícula, y la elegibilidad para recibir beneficios no deberá depender de recibir la autorización si la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA) prohíbe imponer dicha condición. Si se permite imponer condiciones, el rehusarse a firmar la autorización podría resultar en que se le niegue el tratamiento o la cobertura.

NOTIFICACION AL INDIVIDUO O AGENCIA QUE RECIBE: Esta información deberá manejarse conforme a los reglamentos de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, por su sigla en inglés).

Firma del paciente o de su representante personal autorizado X	Fecha Hora	<input type="radio"/> a. m. <input type="radio"/> p. m.
Relación con el paciente/autorización para actuar en nombre del paciente	Intérprete, si se utilizó	
Firma del testigo X	Fecha o evento de vencimiento	

