



OFFICE OF VICTIM SERVICES

Focusing on a brighter future

Estamos a su disposición para servirle. Si tiene alguna duda sobre cómo llenar esta solicitud o sobre el Programa de Indemnización para Víctimas, sírvase llamar a la OVS al 1-888-286-7347. Tenga en cuenta que es importante que informe a la OVS sobre cambios en su información de contacto. Si no podemos comunicarnos con usted, es posible que se venzan plazos importantes establecidos por la ley estatal o se de por cerrada su reclamación.

Complete las secciones resaltadas 1, 7, 7a y 10.**SECCIÓN 1 - INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA**

La persona que sufrió lesiones personales a raíz del delito.

| | | | |
|---|-------------------|--------------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Agénero | _____ | _____ | _____ |
| Nombre de la víctima (nombre, 2.º nombre, apellido) | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aa) | Edad |
| Dirección | Ciudad | Estado | Código postal |
| Número de teléfono diurno | Número de celular | Correo electrónico | |
| Lengua materna | | | |

SECCIÓN 2 - INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

La persona que tiene gastos a causa del delito. Si la víctima y el reclamante son la misma persona, usted no tiene que llenar esta sección.

¿Cuál es el parentesco del reclamante con la víctima?

- hijo/a adoptivo/a tía hermano hijo/a nieto/a abuelo/a medio hermano media hermana
 sobrino sobrina progenitor parte de una unión civil hermana cónyuge suegro/a hijastro/a
 padrastro/madrastra tío otro _____

| | | | |
|---|----------------------------|--------------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Agénero | _____ | _____ | _____ |
| Nombre del reclamante (nombre, 2.º nombre, apellido) | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aa) | Edad |
| Dirección | Ciudad | Estado | Código postal |
| Número de teléfono diurno | Número de teléfono celular | Correo electrónico | |
| Idioma materno | | | |

SECCIÓN 3 - INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTOR LEGAL/CURADOR

Esta sección es para padres o tutores legales de niños menores de 18 años y tutores legales o curadores de un adulto incapacitado.

Sr. Sra. Agénero

Nombre del progenitor/tutor legal/curador (nombre, 2.º nombre, apellido)

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono diurno

Número de teléfono celular

Correo electrónico

Lengua materna

Parentesco: padre tutor legal curador

SECCIÓN 4 - REPRESENTACIÓN DE ABOGADO

Usted no necesita un abogado para solicitar la compensación en calidad de víctima.

Favor de marcar todo lo que corresponda:

- sí, un abogado me está representando en esta solicitud (favor de llenar la información del abogado)
 sí, un abogado me está representando en una demanda de derecho civil (favor de llenar la información del abogado)
 no, no me representa ningún abogado

Nombre del abogado (nombre, 2.º nombre, apellido)

Nombre del bufete

Número de colegiado

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono del trabajo

Número de fax

Correo electrónico

SECCIÓN 5 - AUTORIZACIÓN PARA COMUNICARSE O HABLAR CON OTRA PERSONA

Seleccione la casilla para autorizar a la OVS a comunicarse con otra persona en caso de no poder comunicarnos con usted, hablar con otra persona sobre su reclamación, o ambas opciones, y proporcione la información de contacto de esa persona.

- Autorización para comunicarse, si la OVS no puede comunicarse conmigo Autorización para hablar con esa persona sobre mi reclamación

Sr. Sra. Agénero

Nombre de la persona (nombre, 2do nombre, apellido)

¿Cómo conoce a esa persona?

Nombre de la agencia

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono diurno

Número de teléfono celular

Correo electrónico

SECCIÓN 6 - DATOS ESTADÍSTICOS

Las siguientes preguntas son opcionales y la información provista se utilizará en informes estatales y federales.

Describiría a la víctima como:

- indio americano/nativo de Alaska asiático negro/afroamericano hispano/a, latino/a
 nativo hawaiano/otro isleño del Pacífico blanco no latino/caucásico otra raza
¿Estaba discapacitada la víctima antes de ocurrir el delito? sí no lo desconoce
¿Cómo se enteró del Programa de Indemnización para Víctimas? _____

Debe completar la Sección 7 o Sección 7a.

SECCIÓN 7 - INFORMACIÓN SOBRE EL DELITO

Si el delito tuvo que ver con violencia intrafamiliar, trata de personas o agresión sexual, favor de no llenar esta sección. En lugar de eso, llene la Sección 7a.

Fecha(s) del delito Dirección (calle, ciudad, estado, código postal) donde se cometió el delito

Tipo de delito que provocó lesiones personales: manejar bajo los efectos (DUI) chocar y darse a la fuga otro
 agresión física robo

Describa brevemente el delito y las lesiones personales: _____

Fecha en que se dio parte del delito a la policía: ____ ¿Se denunció el delito en un plazo de 5 días? sí no (de ser negativo, favor de explicar)

Departamento de policía Nombre del oficial que investiga el delito Número de informe

SECCIÓN 7a - DELITOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, TRATA DE PERSONAS O DE AGRESIÓN SEXUAL

Fecha(s) del delito Dirección (calle, ciudad, estado, código postal) donde se cometió el delito

Tipo de delito: violencia intrafamiliar trabajo forzoso agresión sexual otro _____

De tratarse de agresión sexual, ¿se le realizó un examen médico de agresión sexual y se recolectaron pruebas? sí no

En caso afirmativo, nombre del centro de atención médica _____ Fecha del examen _____

Favor de marcar la casilla indicando a qué profesional o agencia le contó sobre el delito:

consejera certificada de violencia intrafamiliar o agresión sexual centro de intercesión de menores Departamento de Niños y Familias

juez (adjunte una copia de la orden firmada de protección civil o de restricción) profesional médico o de salud mental

policía profesional de la escuela otro _____

Nombre de la persona a la que usted le contó sobre el delito Cargo Fecha en la que le contó a dicha persona

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal) de la persona a la que le contó Número de teléfono

SECCIÓN 8 - INFORMACIÓN SOBRE EL AUTOR DEL DELITO

¿Se arrestó a alguien por el delito? sí no lo desconoce

Nombre de la persona arrestada, si se conoce

¿Se presentó el delincuente al tribunal? sí no lo desconoce

En caso afirmativo, ciudad donde se encuentra el tribunal

Número de expediente, si se conoce: _____

SECCIÓN 9 - GASTOS Y RECURSOS ECONÓMICOS RELACIONADOS CON EL DELITO

Favor de marcar la casilla relativa al beneficio de indemnización que usted solicita, las casillas relativas a los recursos económicos que tiene a su disposición y completar la información solicitada. Deberá comunicarse con la OVS si alguno de los recursos económicos no seleccionados llegara a estar disponible. Si hasta el momento no ha tenido ningún gasto relacionado con el delito, es importante que de todas formas presente la solicitud en caso de que necesite ayuda económica en el futuro.

NO HE TENIDO GASTOS HASTA EL MOMENTO (por favor vaya a la Sección 10 y firme la solicitud)

GASTOS MÉDICOS, DE SALUD MENTAL, DENTALES Y DE RECETAS MÉDICAS

Sírvase indicar los nombres de todos los profesionales de los que obtuvo tratamiento y proporcionar copias de facturas relacionadas con el delito, copias impresas de las recetas para los montos de copagos y las declaraciones de beneficios del seguro, si están disponibles.

| Nombre del profesional | Dirección (calle, ciudad, estado, código postal) | Número de teléfono |
|------------------------|--|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

¿TIENE O TENDRÁ CUENTAS RELACIONADAS CON EL DELITO QUE SE PAGARÁN CON AL MENOS UNO DE ESTOS RECURSOS FINANCIEROS?

| | Compañía de seguros | Número de miembro | Número de teléfono |
|---|---------------------|-------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Seguro dental | | | |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Sociales (Medicaid/Husky) | | | |
| <input type="checkbox"/> Seguro médico (primario) | | | |
| <input type="checkbox"/> Seguro médico (secundario) | | | |
| <input type="checkbox"/> Medicare | | | |
| <input type="checkbox"/> Seguro Suplementario (accidente/enfermedad) | | | |
| <input type="checkbox"/> Seguro de vehículo (para delitos relacionados con vehículos) | | | |
| <input type="checkbox"/> Administración de Salud para Veteranos | | | |
| <input type="checkbox"/> Compensación por accidente laboral (para delitos en el trabajo) | | | |
| <input type="checkbox"/> Donaciones (por ejemplo GoFundMe) | | | |

GASTOS DE LIMPIEZA DEL LUGAR DE LOS HECHOS Y DEL SISTEMA DE SEGURIDAD (beneficio máximo \$1,000)

Favor de completar esta sección si usted pagó el monto total de los gastos o parte de los mismos y proporcionar copias de las facturas y recibos, de tenerlas. Los gastos podrán incluir la limpieza de riesgos biológicos, el reemplazo o reparación de cerraduras, ventanas, puertas dañadas y costos de instalación y equipo de sistemas de seguridad o dispositivos de seguridad.

| Nombre del profesional | Dirección (calle, ciudad, estado, código postal) | Número de teléfono |
|------------------------|--|--------------------|
| | | |
| | | |

¿TIENE O TENDRÁ CUENTAS RELACIONADAS CON EL DELITO QUE SE PAGARÁN CON AL MENOS UNO DE ESTOS RECURSOS FINANCIEROS?

| | Compañía de seguros | Número de póliza | Número de teléfono |
|--|---------------------|------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Seguro de Propietarios | | | |
| <input type="checkbox"/> Seguro de inquilinos | | | |
| <input type="checkbox"/> Seguro de vehículo (para delitos relacionados con vehículos) | | | |

SECCIÓN 9 - GASTOS Y RECURSOS ECONÓMICOS RELACIONADOS CON EL DELITO (continúa)

GASTOS RELATIVOS A ASISTENCIA A PROCEDIMIENTOS DEL TRIBUNAL DE ADULTOS, SESIÓN DE MENORES, O DE LA JUNTA DE INDULTOS Y LIBERTAD CONDICIONAL

Favor de llenar esta sección si tiene o tendrá gastos por presentarse a procedimientos del tribunal de adultos, sesión de menores o a la Junta de Indultos y Libertad Condicional. Se entiende por procedimiento las audiencias, reuniones programadas con el fiscal y, en casos de violencia intrafamiliar, reuniones programadas con el funcionario de relaciones familiares del tribunal. Entre los familiares que reúnen los requisitos para este beneficio se incluyen los hijos de la víctima (naturales, adoptados, hijastros), cónyuge, padres, padres del cónyuge, nieto, abuelo, padrastro, hermano y hermana (natural y medio hermano), tía, tío, sobrina y sobrino.

Favor de seleccionar la casilla indicando los gastos y pérdidas que tiene o que podría llegar a tener:

- gastos de viaje (incluye reembolso por millaje)
- pérdida salarial (favor llenar la información sobre su empleador en la sección de pérdida salarial. La OVS se comunicará con su empleador para determinar las fechas de ausencia y la información sobre el salario y los beneficios. Si tiene alguna preocupación al respecto, llame a la OVS.)

Por favor, indique las fechas en las que acudió o en las que acudirá a los procedimientos: _____

PÉRDIDA SALARIAL (empleado o trabajador autónomo)

Si usted estaba empleado o era un trabajador autónomo en el momento del delito y está solicitando remuneración por pérdida de salario, es importante que sepa que la OVS solo podrá considerar ingresos sujetos a impuestos.

Favor de verificar si usted es un trabajador autónomo o si autoriza a la OVS a comunicarse con su empleador sobre las fechas en que estuvo ausente y obtener información sobre salarios y beneficios.

- Soy un trabajador autónomo (un examinador de reclamaciones se pondrá en contacto con usted)
- Autorizo a comunicarse con mi empleador (por favor llene la información del empleador)
- No tiene mi autorización para comunicarse con mi empleador (un examinador de reclamaciones se pondrá en contacto con usted)

Nombre del empleador _____ Nombre de contacto _____ Número de teléfono del trabajo _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Horas trabajadas por semana _____ Salario por hora _____ Propinas, bonificaciones por semana _____

Fecha(s) en que estuvo ausente debido a lesiones relacionadas con el delito o por cuidados a una víctima _____

Si se ausentó del trabajo por más de una semana, deberá proporcionar una nota del profesional de atención médica que le atendió en la que se indique los días que estuvo ausente del trabajo debido a lesiones relacionadas con el delito. Favor de incluir una copia de la nota con esta solicitud o complete la siguiente información:

Nombre del profesional de atención médica _____ Dirección (calle, ciudad, estado, código postal) _____ Número de teléfono _____

¿TIENE O TENDRÁ GASTOS RELACIONADOS CON EL DELITO QUE SERÁN CUBIERTOS POR AL MENOS UNO DE ESTOS RECURSOS FINANCIEROS?

| | Compañía de seguro | Número de la póliza | Número de teléfono |
|--|--------------------|---------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Sociales (financiero) | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Discapacidad | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Vida - Cláusula Adicional de Discapacidad | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro de policía/bomberos | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Prestaciones del Seguro Social por Incapacidad | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro Suplementario (accidente/enfermedad) | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Compensación por desempleo | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro de vehículo (para delitos relacionados con vehículos) | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Compensación por accidente laboral (para delitos en el trabajo) | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Donaciones (por ejemplo, GoFundMe) | _____ | _____ | _____ |

SECCIÓN 10 - DECLARACIÓN DE HECHOS Y AUTORIZACIÓN

Doy fe de que la información contenida en esta solicitud de indemnización para víctimas es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo a cualquier hospital, médico(s) u otra persona(s) que me haya atendido, examinado o prestado servicios a mí o a cualquier hijo mío menor de edad o adulto incapacitado de quien soy padre, tutor legal o curador a nombre de quien tengo la autoridad de actuar; a todo empleador o el empleador de la persona en nombre de quien actúo; a cualquier policía u otra autoridad o agencia municipal, a las autoridades públicas, incluidos los servicios tributarios estatales y federales, a cualquier compañía de seguros u organización que tenga conocimiento del incidente para ofrecer a la Oficina de Servicios para Víctimas (OVS) o a su representante toda información relacionada con el incidente que causara las lesiones personales de la víctima y que diera lugar a esta solicitud de indemnización. Una copia de esta autorización tendrá el mismo efecto y validez que la original.

Autorizo a la OVS a divulgar cualquier información contenida en sus registros, incluida información de carácter confidencial, a las oficinas de la División de Servicios de Apoyo del Tribunal, Fiscalía del Estado, Procuraduría General, la Oficina de los Fiscales de los Estados Unidos, y a abogados privados contratados por la OVS o por mí, y a comunicarse libremente con ellos cuando sea necesario (Artículos 54-208(e), 54-212, y 54-215 del Código General de Connecticut).

Entiendo que si presento una demanda en contra de quien sea responsable de la lesión por la cual la OVS pagó la indemnización, tendré que notificar a la OVS en un plazo máximo de 30 días de haberse presentado dicha acción en el tribunal. Si recobro dinero de la demanda, ya sea mediante un fallo judicial o un acuerdo, entiendo que, por ley estatal, la OVS tiene derecho a dos terceras partes de la cantidad que la OVS pagó (Artículo 54-212 del Código General de Connecticut). Si he presentado una demanda, estoy de acuerdo en proporcionar inmediatamente una copia del escrito, citación y demanda a la OVS.

Entiendo que la OVS tendrá derecho a presentar una demanda en mi nombre contra aquel que sea responsable de la lesión por la que se efectuó el pago. Entiendo además que si la OVS recupera el dinero de la demanda, por ley estatal, la OVS tiene derecho a quedarse con dos tercios de la cantidad pagada, menos los costos y gastos incurridos posteriormente. La OVS me pagará cualquier saldo por encima de esa cantidad (Artículo 54-212 del Código General de Connecticut).

Entiendo que si yo, o la persona en nombre de quien presento la solicitud, recibe dinero debido al incidente de cualquier otra fuente, tales como pagos de agencias estatales o municipales, beneficios de seguros o compensación de trabajadores, por ley estatal, la OVS tiene derecho a recibir dos tercios del monto que la OVS haya pagado (Artículo 54-212 del Código General de Connecticut).

Entiendo que si el juez ordena que se me pague indemnización a mí o a la persona en representación de quien presento el reclamo por los gastos pagados por la OVS, la OVS tiene derecho a recibir el monto total del reembolso, a menos que el juez disponga lo contrario (Artículo 54-215 del Código General de Connecticut).

Entiendo además que mis proveedores podrían recibir reembolsos directos por el monto que les debo.

Firma del solicitante (no se aceptan firmas electrónicas)

Imprima su nombre

Fecha

El solicitante adulto, padre, tutor legal, o curador de un menor de edad (menor de 18 años), o el tutor legal o curador de un adulto incapacitado deberá firmar esta solicitud. Toda solicitud que no esté firmada se devolverá para ser firmada.

Tras completar su solicitud, sírvase enviarla a: Office of Victim Services, 225 Spring Street, 4th Floor, Wethersfield, CT 06109; o por Fax al: 860-263-2780; o correo electrónico a: OVSCompensation@jud.ct.gov

Comuníquese con la OVS llamando al: 1-888-286-7347

Página de Internet de la OVS: www.jud.ct.gov/crimevictim

AVISO SOBRE LA LEY ADA

La Rama Judicial del Estado de Connecticut cumple con los requisitos de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés). Si necesita ajustes razonables de conformidad con la ley ADA, llame a la OVS al 1-800-822-8428.