



OFFICE OF VICTIM SERVICES

Focusing on a brighter future

Sabemos que este es un momento difícil para usted y su familia. Estamos a su disposición para servirle. Si usted tiene alguna pregunta sobre cómo llenar esta solicitud o 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, 2, 7 y 11.

SECCIÓN 1 - INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA

Sr. Sra. Agénero _____
Nombre de la víctima (nombre, 2.º nombre, apellido) Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) Edad _____

Dirección Ciudad Estado Código postal

SECCIÓN 2 - INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

La persona que tiene gastos a raíz del delito.

¿Cuál es el parentesco del reclamante con la víctima?

- hijo adoptivo tía hermano hijo nieto abuelo medio hermano media hermana
hermana
- sobrino sobrina progenitor pareja por unión civil hermana cónyuge suegro/a hijastro/a
- padrasto /madrastra tío otro _____

Sr. Sra. 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 celular Correo electrónico

Lengua materna

SECCIÓN 3 - DATOS ESTADÍSTICOS

Las siguientes preguntas son opcionales. Esta información se utiliza en informes estatales y federales.

Describiría a la víctima como:

- Indio americano/nativo de Alaska asiático negro/afroamericano hispano/latino/latina
- 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?: _____

SECCIÓN 4 - INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTOR LEGAL/CURADOR

Este apartado es para padres o tutores legales de niños menores de 18 años y tutores legales o curadores a cargo de un adulto incapacitado.

Sr. Sra. Agénero

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

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono diurno

Número de celular

Correo electrónico

Lengua materna

Parentesco: padre tutor legal curador

SECCIÓN 5 - 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 6 - 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 acerca de 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, 2.º nombre, apellido)

¿Cómo conoce a esta persona?

Nombre de la agencia

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono diurno

Número de celular

Correo electrónico

La sección 7 debe completarse.

SECCIÓN 7 - INFORMACIÓN SOBRE EL DELITO

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

Tipo de delito: manejar bajo los efectos (DUI) Chocar y darse a la fuga (chocar y huir) homicidio

otro (de una descripción breve del delito): _____

Fecha en que se dio parte del delito Departamento de policía Nombre del oficial que investiga el delito Número de informe policial

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 autor del delito en el tribunal? sí no lo desconoce _____
En caso afirmativo, ciudad donde se encuentra el tribunal

Número de expediente, si se conoce: _____

SECCIÓN 9 - DELITOS RELACIONADOS CON VEHÍCULOS

Llene esta sección si el delito tuvo que ver con un vehículo (por ejemplo, un automóvil, motocicleta o un bote).

Debe seleccionar al menos uno de los siguientes:

Yo presenté una reclamación con el seguro de la víctima

Yo presenté una reclamación a terceros con:

el seguro del otro conductor el seguro de un familiar el seguro de mi empleador

No presenté una reclamación de seguro. Explique por qué: _____

¿Recibió una liquidación de un seguro? sí no liquidación pendiente

Si presentó una reclamación de seguro o tiene un seguro disponible, favor de completar la información a continuación:

Nombre del titular de la póliza (primero, 2.º nombre, apellido) Nombre de la compañía de seguro Número de póliza

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal) Número de teléfono

Si el otro conductor conducía bajo los efectos del alcohol o drogas, ¿presentó, o va a presentar, una demanda civil contra el establecimiento o la persona que sirvió el alcohol? sí no no sabe

SECCIÓN 10 - GASTOS Y RECURSOS ECONÓMICOS RELACIONADOS CON EL DELITO

Favor de marcar la casilla relativa al beneficio de indemnización que solicita, las casillas relativas a los recursos que tiene a su disposición y complete 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 ESTE MOMENTO** (por favor vaya a la Sección 11 y firme la solicitud)
- GASTOS FUNERARIOS** (beneficio máximo, \$6.000)

Por favor llene esta sección si tiene o llegara a tener gastos funerarios, adjunte una copia del certificado de defunción, si está disponible, e incluya copias de los recibos que muestren sus pagos o una factura detallada de la funeraria.

¿Se abrió un caso en el tribunal testamentario? sí no lo desconoce

Si seleccionó la casilla 'sí' arriba, ¿es usted el administrador o el ejecutor de la sucesión testamentaria?

- sí (adjunte una copia de la orden de nombramiento del tribunal testamentario)
- no (solicite el reembolso de los gastos funerarios a la sucesión testamentaria)

Nombre de la funeraria _____ Nombre de la persona de contacto _____ Número de teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿TIENE O TENDRÁ CUENTAS RELACIONADAS CON EL DELITO QUE SERÁN PAGADAS POR AL MENOS UNO DE ESTOS RECURSOS FINANCIEROS?

	Compañía de seguros	Número de póliza	Número de teléfono
<input type="checkbox"/> Seguro de entierro o funerario	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Sociales (entierro)	_____	_____	_____
<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)	_____	_____	_____

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

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

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

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

	Compañía de seguros	Número de póliza	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)	_____	_____	_____

SECCIÓN 10 - GASTOS Y RECURSOS ECONÓMICOS RELACIONADOS CON EL DELITO (continúa)

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 los recibos, si estuvieran disponibles. 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 SERÁN PAGADAS POR AL MENOS UNO

	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 <small>(para delitos relacionados con vehículos)</small>			

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

Por favor llene esta sección si tiene o llegara a tener gastos. Entre los familiares que reúnen los requisitos para este beneficio se incluyen el hijo de la víctima (natural, adoptado, hijastro), cónyuge, padres, suegros, nieto, abuelo, padrastro/madrastra, 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 llegara 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 pondrá en contacto 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 procesos judiciales: _____

UNA SEMANA DE PERMISO POR DUELO (complete la Sección de Pérdida Salarial)

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 las que estuvo ausente y obtener información sobre salarios y beneficios.

- Soy trabajador autónomo (el examinador de reclamaciones se pondrá en contacto con usted)
- Doy mi autorización para que se comuniquen con mi empleador (por favor llene la información del empleador)
- No autorizo a que se comuniquen con mi empleador (el examinador de reclamaciones se pondrá en contacto con usted)

Nombre del empleador	Nombre de la persona de contacto	Número de teléfono del trabajo	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Horas trabajadas por semana	Salario a la hora	Propinas, bonificaciones a la semana	

PÉRDIDA DE MANUTENCIÓN

Favor de hacer una lista con todas las personas que dependían económicamente de la víctima (cónyuge e hijos). Si es un menor, adjunte una copia del certificado de nacimiento del niño. Si es el cónyuge, adjunte una copia del certificado de matrimonio (adjunte páginas adicionales, si es necesario).

Nombre de la persona dependiente	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	Relación con la víctima	Fecha de nacimiento	Progenitor o tutor legal

SECCIÓN 11 - 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 al 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 la muerte 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 o muerte 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 fallo judicial o un acuerdo, entiendo que, por ley estatal, la OVS tiene derecho a dos tercios 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 o muerte 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 el saldo remanente 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 a causa del incidente de cualquier otra fuente, tales como pagos de agencias estatales o municipales, beneficios de seguros, o compensación de trabajadores, la OVS tiene derecho, por ley estatal, 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 niño 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, envíela 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 ADA, llame a OVS al 1-800-822-8428.