

COMPENSACIÓN PARA VÍCTIMAS DE CRIMEN EN EL CONDADO DE DENVER INFORMACIÓN PARA LA APLICACIÓN

Para que su aplicación sea procesada lo más pronto posible, revise la lista de verificación que sigue:

- El crimen debe de ser reportado al Departamento de Policía de Denver y la víctima tiene que cooperar con la investigación y el procesamiento si hay una acción judicial.
- Asegúrese de que todas las preguntas hayan sido contestadas, **si no, esto demorara el proceso de su aplicación porque tendremos que regresarle la aplicación para que sea completada.**
- La aplicación debe de incluir la firma de la víctima o del representante, si la víctima es menor de 18 años.
- Si usted esta mandando facturas médicas con su aplicación, **asegúrese de que estas facturas incluyan todo el detalle de su visita medica. No podemos aceptar cupones de pago o cartas de agencias** de colecciones. Si usted todavía no ha recibido las facturas medicas, puede mandar la aplicación completada primero y después puede mandar las facturas cuando las reciba. Nuestra dirección esta mencionada abajo.
- Si usted esta solicitando que se le reembolse por alguna factura que usted ya pago, **es necesario que incluya el recibo o cualquier otro comprobante que enseñe que usted ya ha pagado dicha factura y la cuenta detallada para cada recibo.**
- Si usted esta necesitando asistencia con algún tratamiento dental, La Mesa Directiva **requiere un presupuesto de el dentista que lo esta atendiendo ANTES** de que cualquier factura dental sea aprobada. El máximo pago para cualquier **tratamiento dental relacionado con el crimen** es de \$8,000.
- Toda **perdida de salario** tiene que ser verificada por su patrón. Un formulario para verificación de empleo está incluido con esta aplicación. Si usted **trabaja por su propia cuenta**, La Mesa Directiva **solo** aceptara como prueba de ingresos la declaración de impuestos anuales de al ano anterior (Income Tax Forms). Una **nota de un doctor tiene que ser incluida para cualquier petición de pérdida de salario de más de dos semanas.** La Mesa Directiva solo puede pagar por 4 meses de salario o lo máximo de \$6,000.
- Si usted pide **terapia psicológica**, tenga en cuenta que la Mesa Directiva solo puede pagar a un terapeuta que tiene licencia o que es supervisado(a) por un terapeuta que tiene licencia. La Mesa Directiva determinara el número de sesiones según el plan de tratamiento. La Mesa Directiva pagara hasta \$90 por cada sesión individual y hasta \$45 por sesiones en grupo.
- La Mesa Directiva **no puede pagar por la reparación o reemplazo de propiedad** dañada con la excepción de puertas exteriores residenciales, cerraduras, y ventanas que fueron dañadas al resultado del crimen.
- La Mesa Directiva no puede reemplazar dinero ni asistir con renta o mudanza.**

El Pago no es garantizado y nadie puede hacerle ninguna promesa. Todas las decisiones son determinadas por la Mesa Directiva.

Envíe a: **Compensación para Víctimas de Crimen**
201 W. Colfax, Dept. 801
Denver, CO 80202

720-913-9253
720-913-9035 (Fax)
VictimComp@denverda.org



SOLICITUD PARA COMPENSACIÓN DE VÍCTIMAS DE CRIMEN ESTADO DE COLORADO

El Programa de Compensación de Víctimas de Crimen opera sobre el C.R.S. §24-4.1-101 et seq.

Requisitos de elegibilidad:

1. El crimen debe ser uno en que la víctima haya sufrido daño corporal o mental, muerte, o la víctima haya sufrido daños a su propiedad, como las cerraduras, ventanas o puertas resultando de un crimen que puede ser compensativo.
2. La víctima tiene que cooperar con los oficiales del ministerio público (policía, fiscal de distrito, etc.).
3. La policía ha sido notificada dentro las 72 horas después que el crimen haya ocurrido.
4. El daño o la muerte de la víctima no es el resultado de su propio mal proceder.
5. El crimen tuvo que haber ocurrido en o después del 1° de Julio de 1982.
6. La solicitud para compensación tiene que haber sido sometida dentro un año después de la fecha del crimen; seis meses para daños de propiedad.

NOTA: El Consejo de Compensación de Víctimas PUEDE renunciar algunos de estos requisitos para el interes de la justicia o para la buena causa.

Información General:

1. No tiene que haber un arresto para que la víctima pueda ser elegible para recibir compensación.
2. Compensación se puede recibir para gastos médicos, asistencia psicológica, dentaduras, lentes, aparatos auditivos, o cualquier otro protesis o aparato médico, perdida de ingresos, cuidado médico fuera del hospital, servicios médicos en casa, gastos funerales y perdida del sostenimiento para los dependientes.
3. Compensación se puede recibir para reemplazar o reparar la propiedad dañada como puertas, ventanas, o cerraduras que resultaron dañadas durante el acto del crimen.
4. Por ley, la victima tiene que aplicar a otras fuentes disponibles de ayuda financiera, incluyendo seguros privados, seguros de Medicaid o Medicare.
5. Por favor adjunte todos las facturas y recibos. Usted puede aplicar aunque no haya recibido ninguna factura hoy.
6. Su reclamo será investigado y presentado al Consejo de Compensación de Víctimas. Este proceso se puede tardar hasta 60 días.
7. Lo maximo que puede recibir es \$20,000. Por poliza del Consejo de Compensación de Víctimas, compensación es limitada a ciertas categorias. Ciertos distritos no pagan lo maximo de \$20,000.
8. Si su demanda es negada, Ud. tiene derecho de pedir una apelación del Consejo y tiene derecho de someter nueva o información adicional relacionada a las razón(es) que el Consejo uso para negar o reducir su demanda. Usted puede pedir una apelación contactando al programa de Compensación de Víctimas dentro de 30 días después de que reciba una noticia de negación o reducción de su reclamo. Si solicita una apelación, se le mandara mas información sobre el proceso por correo. Si la decision del Consejo es mantenida, Ud tiene 30 días en que esta decision puede ser revisada por Las Reglas de Colorado del Procedimiento Civil.

Por favor conteste cada pregunta. Si no es aplicable, marque N/A.

SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA

Nombre de la Víctima (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)		
Domicilio	Ciudad/Estado/Código Postal	
Teléfono del Hogar	Teléfono del Trabajo	
Fecha de Nacimiento	Edad cuando el crimen ocurrió	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Estado Matrimonial S ___ C ___ D ___		
La siguiente información es usada solamente para propósitos estadísticos. Se requiere para cumplir con regulaciones federales.		
Inválido:	Grupo Étnico:	¿Quién lo refirió al Programa de Compensación de Víctimas?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Físico	<input type="checkbox"/> Anglo	<input type="checkbox"/> Asistente de Víctima
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Mental	<input type="checkbox"/> Africano Americano	<input type="checkbox"/> Oficial de Policía
	<input type="checkbox"/> Hispano/Español	<input type="checkbox"/> Fiscal del Distrito
	<input type="checkbox"/> Indio Americano	<input type="checkbox"/> Servicios Sociales
	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hospital
	<input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Terapeuta
	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____

SECCIÓN 2 – INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE ESTA HACIENDO EL

RECLAMO (Esta información *es necesaria* si la persona que está haciendo el reclamo no es la víctima, eje. El pariente o guardián de la víctima, o familia de la víctima).

Nombre de la persona que está haciendo la reclamo		
Domicilio	Ciudad/Estado/Código Postal	
Teléfono del Hogar	Teléfono del Trabajo	
Relación a la Víctima _____		

SECCIÓN 3 – INFORMACIÓN DEL CRIMEN *(Todos los solicitantes tienen que completar esta sección)*

Tipo de Crimen:	
<input type="checkbox"/> Violencia Domestica	<input type="checkbox"/> Conductor Embriagado/Asalto de Coche/Homicidio
<input type="checkbox"/> Asalto	<input type="checkbox"/> Asalto Físico de niño
<input type="checkbox"/> Robo/Daño criminal	<input type="checkbox"/> Asalto Sexual de un niño por un miembro de la familia
<input type="checkbox"/> Asalto Sexual – Adulto	<input type="checkbox"/> Asalto Sexual de un niño por una persona extraña
<input type="checkbox"/> Asesinato/Homicidio	<input type="checkbox"/> Otro _____
Fecha del crimen:	Dep. de la Policía/Agencia donde se reportó el crimen:
Número del caso:	El nombre del oficial de la policía quien está a cargo del caso:
Dirección o lugar del crimen:	La relación de la víctima al sospechoso:
¿El crimen paso en el trabajo? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	El condado donde el crimen ocurrió:

Adjunte todas las facturas y recibos. Por favor mande cualquier factura que reciba en el futuro.

SECCIÓN 4 – BENEFICIOS *(Por favor marque cada tipo de reclamo por el cual está pidiendo compensación y conteste la información requerida a continuación o marque el tipo de demanda N/A).*

___ **SERVICIOS MÉDICOS: Someta** copias de las facturas médicas, si las tiene.

Hospital: si no **Doctor:** si no **Quiropráctica:** si no

Dental: si no **Terapia Física:** si no

Cuidado de enfermedad en casa: si no **Otro:** _____

___ **ARTÍCULOS MÉDICOS PERSONALES: Someta** copias de las facturas médicas, si las tiene
(Limitadas a artículos médicos que fueron dañados o destruidos durante el crimen).

Lentes/Lentes de Contacto: si no **Dentaduras:** si no

Audífono: si no **Artículo de Prótesis:** si no **Otro:** _____

___ **TERAPIA PSICOLÓGICA: Remita** copias de las facturas, si las tiene. Si está en terapia, por favor complete lo demás:

El Nombre del Terapeuta: _____ **Teléfono:** _____

Domicilio: _____

SECCIÓN 4 - BENEFICIOS (continuación):

— **SALARIOS PERDIDOS:** ¿Si la victima dejo de trabajar por un tiempo a causa de heridas físicas o emocionales causadas por el crimen, cual tipo de tiempo uso?

Tiempo de Reposo de Enfermedad: si no **Tiempo de Vacaciones:** si no **Tiempo Personal:** si no

— **GASTOS FUNERALES:** Adjunte todos las facturas y recibos, si las tiene.

PROPIEDAD RESIDENCIAL: Adjunte todos las facturas y recibos, si las tiene.
 — (Reembolso por puertas residencial exteriores, cerraduras, y ventanas dañadas o destruidas durante el crimen.)

Puertas: si no **Cerraduras:** si no **Ventanas:** si no

Cantidad del deducible de seguro residencial: \$ _____

___ **SOSTENIMIENTO DEL HOGAR** (Este beneficio está limitado a victimas cuando el acusado es miembro del hogar y contribuye al ingreso del hogar. Documentos adicionales son necesarios, contacte a su distrito local para información adicional sobre este beneficio, 720-913-9253.

___ **PERDIDA DEL SOSTENIMIENTO PARA LOS DEPENDIENTES** (Este beneficio está limitado a crímenes en que ocurrió una fatalidad. Contacte a su distrito local para información adicional sobre este beneficio, 720-913-9253.

SECCIÓN 5 – INFORMACIÓN DE SEGURO

Todos los solicitantes buscando compensación por cobros médicos tienen que completar la siguiente información de seguros y otros fondos disponibles para pagar cobros médicos.

FUENTE:	SÍ	NO	NO SABE	Nombre de la compañía de seguro/Numero de la póliza/Teléfono
Seguro Privado				
Medicaid				
Medicare				
Compensación de Trabajo				
Seguro de Invalidez				
Seguro de Automóvil				
Seguro de Casa/Inquilino				
Seguro Militar				

SECCIÓN 6 – DESCARGO DE INFORMACIÓN Y LOS DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS Y LAS RESPONSABILIDADES

Ponga sus iniciales en cada caja después de leer cada sección

_____ **Certificación de la Aplicación:** Toda la información dada en esta aplicación para El Consejo de Compensación de Víctimas es verdadera y precisa de acuerdo a mi conocimiento. Yo entiendo que dar información falsa puede resultar en la negación de mi reclamo y puedo ser castigado por la ley.

_____ **Cooperación:** Yo entiendo que mi falta de cooperación con la policía o fiscal del distrito o sheriff, puede resultar que mi reclamo sea negado.

_____ **Proceso de Aplicación Alternativa:** Si usted siente que el Consejo de Compensación de Víctimas en su distrito no puede revisar su reclamo porque hay una relación personal entre Ud. y miembros del Consejo, su reclamo puede ser revisado por otro distrito. Si su reclamo es aprobado, las facturas serán pagadas en esta oficina. Yo entiendo que esto puede causar que el proceso de mí reclamo se retrase.

_____ **Reembolso al Consejo de Compensación de Víctimas:** Estoy de acuerdo en reembolsar al programa del Consejo de Compensación de Víctimas si recibo pagos del infractor (indemnización o acción civil), del seguro, gobierno o agencia privada quien pague estos gastos después de que sé hayan pagado por El Consejo.

_____ **Acuerdo de Subroga:** Yo entiendo que aceptar compensación del Consejo de Compensación de Víctimas, le estoy dando permiso al Estado de que subroga a cualquier recompensa que yo reciba en el futuro por cualquier causa o acción.

_____ **Autorización para revelar información:** Yo autorizo la revelación de toda la información de me empleador, médico, hospital, proveedor de servicio médico y/o salud mental y/o acreedor(es) con el propósito de confirmar los reclamos que he sometido con respeto a este crimen, o para establecer la validez de un reclamo de restitución. Yo entiendo que cualquier información que yo doy puede ser revelada por ley.

_____ **Descargo de Fondos:** Por el Acto de Consejo de Compensación de Víctimas, yo autorizo descargo de fondos compensados a mí que sean directamente pagados a agencias o personas médicas que son aplicables a mí reclamo. Yo entiendo que cualquier compensación es sujeta a fondos disponibles y a la discreción del Consejo.

_____ **Derecho de Reconsideración:** Como solicitante, Ud. tiene derecho de pedir una apelación del Consejo si su reclamo es negada. Ud. puede presentar evidencia y testigos. En la audiencia, Ud. como el solicitante, tiene que probar que su reclamo es razonable y compensatorio bajo los términos del Acto de Consejo de Compensación de Víctimas. En el evento de que su negación es mantenida por El Consejo, Ud. tiene 30 días en que esta decisión es revisada por Las Reglas de Colorado del Procedimiento Civil.

Nombre

Firma de la Víctima o Representante

Fecha

**Compensación Para Víctimas del Crimen
Autorización Para Revelar Información del Empleo**

***Crime Victim Compensation
Release for Employment***

Yo autorizo la revelación de la información indicada abajo aun representante del Programa de Compensación Para Víctimas del Crimen de la Oficina del Fiscal del Distrito en Denver. Esta autorización se expide porque he hecho una solicitud para compensación financiera del Programa de Compensación Para Víctimas de Crimen.

I hereby authorize you to release the employment information requested below to a representative of the Crime Victim Compensation Program of the Denver District Attorney's Office. This release is being executed because of my request for financial compensation from the Crime Victim Compensation Program.

Fecha: _____ Firma: _____

Nombre Escrito: _____

Domicilio: _____

Empleador: _____ Persona a Quien Contactar: _____

Dirección del Empleador: _____

Teléfono del Empleador: _____ Tiempo Ahí: _____

Favor de no llenar esta parte de la forma - nosotros le enviaremos esto a su empleador para que lo completen ellos.

Please do not complete this portion of the form - we will send it to your employer for completion.

This release of information is being sent on behalf of the above employee. Please provide us with the following information. If you have questions, please call us at 720-913-9253.

Employee name: _____ Employee SSN: _____

Job title: _____ Date hired: _____ Duties: _____

Hours lost: _____ From (date) _____ To (date): _____

Net income lost: \$ _____ (Minus sick leave)

Employer's representative (print) _____ Phone: _____

Return to : **Crime Victim Compensation**
201 W. Colfax, Dep. 801
Denver, CO 80202
(Phone) 720-913-9253
(Fax) 720-913-9035

**COMPENSACION PARA VICTIMAS DE CRIMEN
AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION DE TERAPIA PSICOLOGICA**

Yo autorizo a el siguiente **psiquiatra, psicólogo, terapeuta o consejero** que revele cualquier tratamiento propuesto por el/ella y cualquier factura relacionada con mi tratamiento mental. Esta autorización se expide porque he hecho una solicitud para compensación financiera del Programa de Compensación Para Victimas de Crimen.

1. _____
Nombre de Terapeuta dirección ciudad/estado código postal teléfono

Nombre de la victima (nombre escrito) _____

Firma de la victima: _____

Dirección: _____
 Numero y calle ciudad/estado código postal

Teléfono: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firma de padre/madre o representante si la victima es menor de edad

La Mesa Directiva del programa de Compensación de Victimas requiere que un/una terapeuta tenga licencia para practicar o sea supervisado por un/una terapeuta tenga licencia. Solamente usted tiene la opción de elegir su terapeuta. Es posible que usted reciba referencias para terapia de diferentes recursos, pero la decisión final tiene que venir de usted. Comuníquese con el programa de Compensación di Victimas si tiene alguna pregunta relacionada a su terapia.

**Remita a: Compensación para Victimas de Crimen
 201 W. Colfax Ave., Dep. 801
 Denver, CO 80202
 720 913-9253
 720 913-9035 (fax)**