

COMISIÓN DE ALABAMA PARA LA COMPENSACIÓN DE VÍCTIMAS DEL CRIMEN

If you have limited English proficiency, you have the right to language assistance and this language assistance will be provided to you free of charge.

P.O. BOX 231267
MONTGOMERY, ALABAMA 36123-1267
(334) 290-4420
1-800-541-9388 (SÓLO PARA VÍCTIMAS)
FAX (334) 290-4455
www.acvcc.alabama.gov

Si usted ha limitado la pericia inglesa, usted tiene el derecho a la ayuda del idioma y esta ayuda del idioma será proporcionado a usted libre de la carga.

INSTRUCCIONES DE SOLICITUD

Lea detenidamente estas instrucciones antes de completar la solicitud.

1. Al completar este formulario, por favor escriba o imprima de forma legible, con tinta.
2. Si usted necesita ayuda con este formulario, por favor contacte al Oficial de Atención a la Víctima (VSO) en la oficina del fiscal de distrito local o la ACVCC al número (s) enumerado anteriormente.
3. Sólo envíe copias de las facturas y los gastos relacionados con la victimización. Incluya copias de las facturas, recibos y estados de cuenta de seguros o beneficios relacionados con la victimización de la aplicación. Usted puede enviar copias de las facturas médicas adicionales lo largo del tratamiento. Hasta que se reciba la documentación necesaria, la parte de su reclamo no puede procesarse.
4. Su reclamo no puede procesarse sin una denuncia policial. El ACVCC solicitará una copia del informe del incidente a la policía. Si usted tiene una copia del informe del incidente, enviándolo con su solicitud puede acortar el tiempo de tramitación de su reclamación.
5. Inmediatamente por correo la solicitud y todos los documentos a la dirección que aparece en el formulario. Hay un plazo de un año a partir de la fecha del crimen para presentar su reclamo.
6. Si el ACVCC le solicita información adicional, usted debe enviar inmediatamente. Si la información solicitada no se recibe dentro de los cuarenta y cinco (45) días, la parte de la reclamación se puede cerrar como no aprobado.
7. La información de contacto en la Sección 1 y Sección 2 debe completarse con el fin de procesar su reclamación. Si el ACVCC no puede comunicarse con usted o no hay respuesta a la correspondencia, su reclamo puede ser cerrado como no aprobado.
8. La información demográfica solicitada en el punto 1 (caja sombreada) es opcional. Esta información se recoge con fines estadísticos. Usted no tiene que proporcionar esta información.
9. SECCIÓN 2 sólo debe realizarse si alguien aparte de la víctima es la presentación de una reclamación. Un solicitante sólo podrá aplicarse en los casos en que la víctima ha fallecido, incapacitado, o es un menor de edad. El solicitante debe ser la persona legalmente autorizada para actuar en nombre de la víctima. Se debe proporcionar documentación de esta autoridad.
10. Las preguntas de la sección 3 deben ser contestadas para la ACVCC para procesar su reclamación.
11. La información procede de la sección 4 debe completarse con lo mejor de su capacidad. Las preguntas de la sección 4 deberán ser contestadas por el ACVCC para procesar su reclamación.
12. La información procede de la sección 5 debe ser completado por los gastos médicos incurridos como resultado de su victimización.
13. La información procede de la sección 6 debe ser completada si usted quiere considerar la pérdida de salarios o pérdidas económicas sufridas como consecuencia de la victimización. Usted debe proporcionar una excusa médica para tener derecho a los salarios perdidos.
14. La información procede de las Secciones 7 y 9 debe ser completada a lo mejor de su capacidad.
15. La información en la sección 8 solamente se debe completar si la víctima ha fallecido.
16. Complete la Sección 10 si necesita ayuda financiera de emergencia. Premios de emergencia son para casos de extrema necesidad económica que se derivan de la victimización por crimen violento. Estos premios se conceden generalmente por pérdida de ingresos o de los gastos de mudanza. Si usted está solicitando un pago de emergencia por pérdida de ingresos, adjunte una declaración de su empleador indicando el tiempo perdido de trabajo y su red (para llevar a casa) paga semanal. Si usted está solicitando un pago de emergencia para gastos de mudanza, debe adjuntar estimaciones o recibos de los artículos solicitados. Premios de emergencia no suelen ser considerados por los gastos médicos a menos que el proveedor de servicios se ha negado el tratamiento en espera de pago. Por favor haga que el proveedor de servicios de escribir una carta señalando esto, y proporcionar una copia de la estimación. Si usted no incluye estos elementos, se necesitará más tiempo para procesar su pago de emergencia. Hay un máximo de \$ 1,000.00.
17. Para la Sección 11, o bien proporcionar la información de contacto de su abogado o marque la casilla que indica que no se ha presentado ninguna demandas civiles en relación con esta victimización.

El ACVCC debe recibir los formularios originales, fechados y firmados ante notario con el fin de procesar su reclamación. Formularios sin firma o no notariadas pueden ser devueltos para su firma (s), el retraso de la tramitación de su reclamación.

Tenga en cuenta que el formulario de Autorización reclamo debe ser notariado.

Una reclamación presentada en nombre de una víctima menor de edad o por el pariente más cercano de una víctima de homicidio no puede ser procesado sin Declaración Jurada y notariado del padre o tutor legal de la víctima del crimen (si una víctima menor de edad) o Declaración Jurada para la cónyuge sobreviviente o Next-de-Kin (si una víctima de homicidio).

COMISIÓN DE ALABAMA PARA LA COMPENSACIÓN DE VÍCTIMAS DEL CRIMEN

If you have limited English proficiency, you have the right to language assistance and this language assistance will be provided to you free of charge.

P.O. BOX 231267
MONTGOMERY, ALABAMA 36123-1267
(334) 290-4420
1-800-541-9388 (SÓLO PARA VÍCTIMAS)
FAX (334) 290-4455
www.acvcc.alabama.gov

Si usted ha limitado la pericia inglesa, usted tiene el derecho a la ayuda del idioma y esta ayuda del idioma será proporcionado a usted libre de la carga.

LA COMISIÓN NO OTORGA COMPENSACIÓN POR DELITOS CONTRA LA PROPIEDAD, ACCIDENTES, ROBOS DE IDENTIDAD, DAÑOS MORALES U HONORARIOS DE ABOGADO.

La Comisión solo puede brindar una compensación por los gatos reales.

No se entregarán más de \$15,000.00 en concepto de reclamo de compensación. Para los crímenes que ocurrieron el o después del 1° de octubre de 2014, la compensación máxima es de \$20,000.

SE OTORGARÁ COMPENSACIÓN POR:

- A) Gastos médicos:** que incluyen atención médica y hospitalaria, gastos odontológicos, recetas, suministros médicos, atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados, etc. No incluyen gastos cubiertos por seguro. Las víctimas pueden ser elegibles para recibir un reembolso del 100% en concepto de gastos médicos hayan pagado de su bolsillo en efectivo.
- B) Gastos de rehabilitación:** incluyen terapia física o profesional, si no están cubiertos por otro recurso.
- C) Gastos de asesoramiento:** incluyen los honorarios del asesor, psicólogo o psiquiatra por los servicios de asesoramiento relacionados con la vejección. Los proveedores de atención para la salud mental deben estar debidamente autorizados por el organismo regulador correspondiente para que la Comisión contemple el pago de sus servicios. El asesoramiento está limitado a 50 sesiones por reclamo salvo que surja alguna urgencia. El reembolso de las sesiones de asesoramiento individuales consiste en: **\$80.00** por hora para trabajadores sociales y asesores colegiados; **\$100.00** por hora para psicólogos y terapeutas colegiados; **\$125.00** por hora para psiquiatras; y **\$60.00** por hora para terapia de grupo.
- D) Pérdida del empleo:** empleo que perdió el solicitante/la víctima debido al crimen. **Pérdida de servicios de reemplazo:** gastos que el solicitante/la víctima no habría sufrido si la víctima no hubiera sido lesionada o no hubiera muerto. La compensación máxima por la pérdida del empleo y la pérdida de los servicios de reemplazo es de \$400 por semana. Para crímenes que ocurrieron el o después del 1° de octubre de 2014, la compensación máxima por la pérdida del empleo o la pérdida de los servicios de reemplazo es de \$600 por semana. La pérdida del empleo o la pérdida de los servicios de reemplazo se limitan a 52 semanas.
- E) Gastos funerarios:** incluyen gastos funerarios en el domicilio, cremación y gastos de entierro, lápida incluida. Se paga un monto máximo de **\$5,000.00**. Para los crímenes que ocurrieron el o después del 1° de octubre de 2014, la compensación máxima es de \$7,000.
- F) Gastos de la propiedad** - Se podría otorgar una compensación a aquella propiedad elegible que sea tomada por la seguridad pública como evidencia, y/o que sea dañada durante la victimización. Podría calificar la instalación de mejoras en la seguridad luego de la victimización. La compensación máxima es de **\$2,000.00**, que incluye un máximo de **\$500.00** por la ropa dañada. Por favor, comuníquese con la Comisión para obtener un listado de los artículos específicos que podrían reunir los requisitos.
- G) Gastos de mudanza:** incluyen depósitos de garantía, depósitos para servicios públicos y el costo de la mudanza. No incluyen pagos de arrendamiento. Sólo se tienen en cuenta en circunstancias extremas en que la víctima se encuentra en peligro físico inminente y cuando el delito ocurrió en el hogar. Se paga un monto máximo de **\$1,000.00**.
- H) Futura pérdida económica:** pérdidas o gastos adicionales o futuros correspondientes a la víctima o a los dependientes de la víctima. Debe justificarse con una explicación del cálculo de las pérdidas. Se paga un monto máximo de **\$5,000.00**.
- I) Pérdida de los servicios de reposición:** gastos que el solicitante no hubiese tenido si la víctima hubiese vivido. Se paga un monto máximo de **\$2,000.00**.
- J) Honorarios tutelares:** reembolso de honorarios legales en los cuales incurra el solicitante para obtener la tutela de la víctima discapacitada o menor de edad, en caso de que esta sea concedida. Se aplica un máximo de **\$500.00**.

USTED PUEDE SER ELEGIBLE PARA RECIBIR COMPENSACIÓN SI:

- A)** Se informó el delito a la policía dentro de las **72 horas** (salvo que se demuestre una buena razón para no haberlo hecho). Dicha razón debe presentarse por escrito.
- B)** El reclamo se presenta dentro de **un (1) año** a partir de la fecha del incidente (salvo que se demuestre una buena razón para no hacerlo). Dicha razón debe presentarse por escrito.
- C)** La víctima sufrió graves lesiones personales o la muerte como resultado del acto delictivo.
- D)** La víctima colaboró con los oficiales de la policía, la oficina del fiscal, los tribunales y la Comisión.
- E)** El solicitante/la víctima no era el delincuente ni el cómplice del delincuente, ni alentó ni participó del crimen de ninguna manera.
- F)** La compensación no beneficiaría de manera injusta al delincuente.
- G)** La víctima no estaba condenada por delito o conducta perjudicial criminal luego de solicitar la compensación.
- H)** La víctima no contribuyó a la vejección en modo alguno.
- I)** La presencia de la víctima en los Estados Unidos de América era legal. (Los solicitantes/víctimas que cuenten con la certificación de las autoridades federales como víctimas de tráfico humano calificarán para recibir los beneficios compensatorios. Las víctimas de violencia doméstica que estaban en condición ilegal al momento de la victimización también podrían calificar para recibir los beneficios compensatorios).
- J)** Sus gastos no fueron abonados por una fuente colateral.

COMISIÓN DE ALABAMA PARA LA COMPENSACIÓN DE VÍCTIMAS DEL CRIMEN

If you have limited English proficiency, you have the right to language assistance and this language assistance will be provided to you free of charge.

P.O. BOX 231267
MONTGOMERY, ALABAMA 36123-1267
(334) 290-4420
1-800-541-9388 (SÓLO PARA VÍCTIMAS)
FAX (334) 290-4455
www.acvcc.alabama.gov

Si usted ha limitado la pericia inglesa, usted tiene el derecho a la ayuda del idioma y esta ayuda del idioma será proporcionado a usted libre de la carga.

Text

DOCUMENTACIÓN ACEPTABLES PARA COMPROBANTE DE PRESENCIA LEGAL

Debe ser ciudadano estadounidense, encontrarse en EE. UU. de forma legal o ser extranjero elegible para recibir beneficios públicos para poder optar por los beneficios de compensación. Prueba de ello debe ser presentada por el demandante Y la víctima.

LISTA A

Si usted es un ciudadano de los EE.UU., debe enviar o presentar el original o la copia certificada de uno de los documentos siguientes:

- Acta de nacimiento, expedida por algún gobierno citadino o estatal, o cualquier otra entidad dentro de los EE.UU., o dentro de sus territorios y posesiones fuera del país.
- Acta de nacimiento de un ciudadano de los EE.UU. en el extranjero (FS 545, DS 135) o el Reporte del nacimiento de un ciudadano de los EE.UU. en el extranjero (FS 240).
- Acta de nacimiento o pasaporte expedido en:
 1. Puerto Rico, el 13 de enero de 1941, o en alguna fecha posterior;
 2. Guam, el 10 de Abril de 1898, o en alguna fecha posterior;
 3. Las Islas Vírgenes de los EE.UU. el 25 de febrero de 1927,
 4. Las Islas Marianas del Norte después del 4 de noviembre de 1986;
 5. Samoa Americana; 6. La Isla Swains; o 7. El Distrito de Columbia. o en alguna fecha posterior
- Pasaporte norteamericano vigente.
- Certificado de Naturalización (N 550, N 57, N 578).
- Certificado de Ciudadanía (N 560, N 561, N 645).
- Tarjeta de identificación para ciudadanos de EE.UU. (I 179, I 197).

La Comisión le devolverá por correo sus documentos originales, o las copias certificadas, a través del Servicio Postal de los Estados Unidos (USPS). Sin embargo, la Comisión no puede garantizar la llegada de sus documentos a través del servicio de correos (USPS). Si usted obtuvo el acta de nacimiento después de haber sido victimizado, la Comisión le reembolsará el costo del acta, siempre que se le apruebe el caso. La Comisión no le reembolsa el costo del pasaporte.

LISTA B

Si Ud. no es ciudadano de los EEUU, debe documentar que su estancia en este país es legal. Con ese fin, debe presentar uno de los documentos en la lista a continuación. Aunado al resultado positivo del Programa de Verificación Sistemática de Derechos del Extranjero (SAVE), éste documento servirá como comprobante de que su presencia en los EE.UU. es legal:

- I 327 (Permiso de reingreso)
- I 551 (Tarjeta de residente permanente)
- I 571 (Documento de viaje para refugiados)
- I 766 (Tarjeta de autorización de empleo)
- Certificado de ciudadanía
- Certificado de naturalización
- Visa de inmigración legible con máquina (que especifique que es una estampilla temporal I 551)
- Estampilla temporal I 551 (en el pasaporte o el formulario I 94)
- I 94 (Registro de entradas y salidas del país)
- I 94 (Registro de entradas y salidas del país) en un pasaporte extranjero vigente
- Pasaporte extranjero vigente
- I 20 (Certificado de elegibilidad para personas que no son inmigrantes (F 1) Visa para estudiantes)
- DS2019 (Certificado de elegibilidad (J 1) para visitantes de intercambio)
- La consideración de documentos que no hayan sido incluidos en esta lista procederá según cada caso en particular.

Se utilizará el Programa de Verificación Sistemática de Derechos del Extranjero (SAVE) para confirmar que Ud. está en los EE.UU. legalmente.

Se supondrá que usted no es un extranjero que está presente ilegalmente en los EE. UU. si presenta el original de uno de los siguientes documentos a la Comisión para su inspección: (No se acepta una copia del documento).

- Una licencia de conducir válida y vigente de Alabama.
- Una tarjeta de identificación que no sea de conductores válida y vigente de Alabama.
- Una tarjeta de inscripción tribal u otra forma de identificación tribal que con una fotografía u otro identificador biométrico.
- Cualquier documento de identificación válido emitido por el gobierno federal o estatal de Estados Unidos con una fotografía u otro identificador biométrico, si estuviese emitido por una entidad que requiera prueba de la presencia legal en los Estados Unidos antes de la emisión.

La Comisión solo podrá proveer beneficios de compensación a los ciudadanos estadounidenses, a individuos presentes de forma legal en EE. UU. y a extranjeros elegibles para recibir beneficios públicos.

Las víctimas de violencia doméstica y las víctimas certificadas del tráfico de personas serán consideradas como extranjeros elegibles para recibir beneficios públicos, sin importar su situación de inmigración.

Debe completar cada sección totalmente para poder procesar su reclamo. Debe incluir todos los anexos necesarios.

NO ESCRIBIR EN ESTE ESPACIO

CLAIM # _____

DATE RECEIVED _____

COMISIÓN DE ALABAMA PARA LA COMPENSACIÓN DE VÍCTIMAS DEL CRIMEN

P.O. BOX 231267 • MONTGOMERY, ALABAMA 36123-1267

(334) 290-4420

1-800-541-9388 (SÓLO PARA VÍCTIMAS)

FAX (334) 290-4455

¿COMO SUPO SOBRE LA COMISIÓN DE ALABAMA PARA LA COMPENSACIÓN DE VÍCTIMAS DEL CRIMEN?

Departamento de Policía Oficina del comisario Fiscal de distrito Abogado Medios de comunicación (TV, Radio, etc.) Otro _____

SECCIÓN 1. INFORMACIÓN SOBRE LA VÍCTIMA

Número de seguro social* Fecha de nacimiento Nombre Segundo Nombre Apellido

Dirección Ciudad Estado Código postal

Teléfono particular Teléfono del trabajo Teléfono celular/móvil Otro teléfono Email

Estado civil Nombre del cónyuge Dependiente(s)- Mencione nombre, edad y parentesco con la víctima

Soltero Casado
 Seprado Divorciado

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SE RECABA SÓLO PARA FINES ESTADÍSTICOS. ES VOLUNTARIA Y CORRESPONDE SÓLO A LA VÍCTIMA.

| | | | | |
|--|---------------------------------|---|---|---------------------------------------|
| A los fines de esta solicitud, una persona discapacitada es alguien que: 1) presenta un impedimento físico o mental que limita su capacidad de trabajo; 2) posee antecedentes de dicho impedimento; 3) demuestra tener dicho impedimento. ¿LA VÍCTIMA ERA DISCAPACITADA ANTES DEL DELITO? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | SEXO | RAZA/ORIGEN ÉTNICO | | |
| | <input type="radio"/> Masculino | <input type="radio"/> Amerindio/nativo de Alaska | <input type="radio"/> Asiático | <input type="radio"/> Múltiples razas |
| | <input type="radio"/> Femenino | <input type="radio"/> Hawaiano nativo/Isleño del Pacífico | <input type="radio"/> Negro/Afroamericano | |
| | | <input type="radio"/> Blanco caucásico no latino | <input type="radio"/> Hispano/Latín | |

SECCIÓN 2. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Completar sólo si otra persona que no sea la víctima presenta el reclamo.

Número de seguro social* Fecha de nacimiento Nombre Segundo Nombre Apellido

Dirección Ciudad Estado Código postal

Teléfono particular Teléfono del trabajo Teléfono celular/móvil Otro teléfono Parentesco con la víctima

SECCIÓN 3. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

| | |
|--|--|
| ¿Fue denunciado el incidente a la seguridad pública en un plazo de 72 horas? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO Si la respuesta es NO, explique la razón. <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> | ¿La víctima tenía algún cargo criminal pendiente en su contra al momento del crimen? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO Si la respuesta es SÍ, explique la razón. <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> |
|--|--|

| | |
|--|--|
| ¿Usted presentó este reclamo dentro del lapso de un (1) año a partir del crimen? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO Si la respuesta es NO, explique la razón. <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> | ¿La víctima se encontraba bajo la influencia de alcohol o drogas ilegales al momento del crimen? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO Si la respuesta es SÍ, explique la razón. <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> |
|--|--|

Usted debe notificar a la ACVCC sobre cualquier cambio de dirección. LAS RECLAMACIONES PODRÍAN CERRARSE ANTE LA FALTA DE RESPUESTA A LA CORRESPONDENCIA.

*La presentación de los números de seguro social es voluntaria. Los números de seguro social se exigen para verificar la elegibilidad conforme al Código de Alabama §§ 15-23-1 - 15-23-23. El incumplimiento en la presentación de su número de seguro social podría acarrear un procesamiento más lento de su reclamación.

SECCIÓN 4. CRIMEN, LESIONES E INFORMACIÓN RELACIONADA

Tipo de crimen Agresión DelitoSexual Asesinato Vehicular ViolenciaDoméstica Otro _____ Fecha de lesión de la víctima _____ Fecha de fallecimiento de la víctima _____

Localidad donde ocurrió el crimen Ciudad _____ Condado _____ Estado _____

Describa el crimen brevemente con sus propias palabras. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario.

| | |
|--|--|
| Criminales - Mencione nombre, fecha de nacimiento y número de seguro social si se conoce _____ | Testigos - Mencione nombre, dirección y número de teléfono _____ |
|--|--|

Comisaría policial donde se denunció el crimen _____ Número de teléfono de la Comisaría policial _____ Fecha de la denuncia _____ Hora de la denuncia _____ Nombre de los oficiales investigadores _____

| | | |
|---|--|--|
| ¿La víctima habitaba en la misma vivienda que el delincuente cuando se produjo el delito? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | Actualmente, ¿la víctima habita en la misma vivienda que el delincuente? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | ¿Ha vivido alguna vez la víctima con el agresor? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO |
|---|--|--|

| | |
|--|---|
| ¿Se firmó alguna orden? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO Si la respuesta es NO, explique la razón. | ¿La víctima conocía al criminal? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO Si la respuesta es SÍ, explique la razón. |
| | |

| | |
|--|---|
| ¿Se llevó a cabo un arresto? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO Si la respuesta es NO, explique la razón. (Si se conoce) | ¿El delincuente se encuentra relacionado con la víctima? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO Si la respuesta es SÍ, explique la razón. |
| | |

SECCIÓN 5. GASTOS PSIQUIÁTRICOS/MÉDICOS

Se deben enviar copias de todas las facturas detalladas y comprobantes del seguro a la ACVCC.

Describa las lesiones que sufrió la víctima

Mencione todos gastos médicos, psiquiátricos, odontológicos, hospitalarios, de asesoría y otros gastos médicos relacionados con las lesiones sufridas.

| Nombre del emisor de la factura | Teléfono del emisor de la factura | Dirección del emisor de la factura | Costo | Pago del seguro | Pago del solicitante | Pago del víctima | Saldo a pagar |
|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-------|-----------------|----------------------|------------------|---------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

SECCIÓN 6. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEO

Consulte la hoja de instrucciones para ver los criterios de elegibilidad. Esta sección debe completarse si se solicita salarios perdidos. Se debe proporcionar una justificación del médico. Al completar esta sección concede a la ACVCC permiso para contactar a estos empleadores a fin de verificar la información sobre el empleo y los salarios.

| | |
|--|--|
| Información sobre el empleo para <input type="radio"/> Solicitante <input type="radio"/> Víctima | Información sobre el empleo para <input type="radio"/> Solicitante <input type="radio"/> Víctima |
| Cargos laborales _____ | Cargos laborales _____ |
| Nombre del empleador _____ | Nombre del empleador _____ |
| Contacto _____ | Contacto _____ |
| Dirección _____ | Dirección _____ |
| Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ | Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ |
| Número de teléfono _____ FAX _____ | Número de teléfono _____ FAX _____ |
| Fecha en que se retiró del trabajo _____ Fecha en que regresó al trabajo _____ | Fecha en que se retiró del trabajo _____ Fecha en que regresó al trabajo _____ |

Si se trata de un trabajador independiente, presente la declaración de impuestos más reciente y otras constancias, como las declaraciones de las personas para quienes se realizó un trabajo, con el monto pagado y la fecha de trabajo correspondientes a un período mínimo de 60 días antes de la agresión.

SECCIÓN 7. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO Y OTRA FUENTE ADICIONAL

| | | | | | |
|---|--------------------------------|---|------------------------------------|------------------------------|------|
| Nombre de la empresa aseguradora | Número de teléfono | Nombre de la empresa aseguradora | Número de teléfono | | |
| Nombre del representante | Número de póliza | Nombre del representante | Número de póliza | | |
| Tipo de seguro <input type="radio"/> De vida <input type="radio"/> De entierro <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> De automóvil <input type="radio"/> Otro | | Tipo de seguro <input type="radio"/> De vida <input type="radio"/> De entierro <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> De automóvil <input type="radio"/> Otro | | | |
| Nombre de la empresa aseguradora | Número de teléfono | Nombre de la empresa aseguradora | Número de teléfono | | |
| Nombre del representante | Número de póliza | Nombre del representante | Número de póliza | | |
| Tipo de seguro <input type="radio"/> De vida <input type="radio"/> De entierro <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> De automóvil <input type="radio"/> Otro | | Tipo de seguro <input type="radio"/> De vida <input type="radio"/> De entierro <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> De automóvil <input type="radio"/> Otro | | | |
| Si recibe ingresos de alguna de las siguientes fuentes, indique el monto que recibe cada mes. | | | | | |
| Seguro social | Seguro social por discapacidad | Asistencia social | Asistencia para hijos dependientes | Compensación de trabajadores | Otro |

SECCIÓN 8. GASTOS FUNERARIOS/DE ENTIERRO

Adjunte las copias de **TODAS** las facturas de gastos funerarios/de entierro.

Si alguna de las siguientes fuentes pagó los gastos funerarios/de entierro, indique el monto que pagó cada una.

Solicitante Seguro social Seguro de entierro Seguro de vida Seguro para veteranos Otro

| | |
|--|--|
| Nombre de la funeraria, cementerio o empresa de monumentos | Nombre de la funeraria, cementerio o empresa de monumentos |
| Dirección | Dirección |
| Ciudad Estado Código postal Teléfono | Ciudad Estado Código postal Teléfono |

SECCIÓN 9. OTROS GASTOS

Consulte la hoja de instrucciones para obtener más información sobre lo que puede solicitarse. Todos los gastos están sujetos a la aprobación de la ACVCC.


| | |
|--|---|
| PÉRDIDA ECONÓMICA FUTURA - Si la(s) víctima(s) o sus dependientes sufrieran pérdidas futuras adicionales como resultado del crimen, mencione lo que usted cree que esas pérdidas podrían incluir y un cálculo del costo que implican dichas pérdidas. Gasto Monto Gasto Monto | SERVICIOS DE REPOSICIÓN - Si la(s) víctima(s) o sus dependientes han sufrido pérdidas económicas que no se hubieran producido si el crimen no hubiera sucedido, mencione el servicio y el costo de reposición. Gasto Monto Gasto Monto |
| GASTOS DE MUDANZA - Usted reunirá los requisitos para recibir una indemnización por esta categoría, si corre riesgo su vida al permanecer en su casa o si considera razonablemente que su casa representa una amenaza. Gasto Monto Gasto Monto | PÉRDIDA MATERIAL: si la policía ha tomado pertenencias de la víctima o si han dañado sus pertenencias durante la vejación, detalle cuáles son las pertenencias y cuál es su valor estimado. Gasto Monto Gasto Monto |
| Gasto Monto Gasto Monto | Gasto Monto Gasto Monto |

SECCIÓN 10. INDEMNIZACIÓN POR EMERGENCIA

Si desea solicitar fondos de emergencia, indique el tipo y la cantidad y explicar por qué un premio de emergencia es necesaria (máximo de \$ 1,000).

| | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mover/Reubicación | <input type="checkbox"/> Sueldos Perdidos | <input type="checkbox"/> Funeral/Entierro | <input type="checkbox"/> Las prescripciones |
| <input type="checkbox"/> Limpieza de la escena del crime | <input type="checkbox"/> Procedimiento médico | <input type="checkbox"/> Equipo Médico | |
| <input type="text"/> | | | |

SECCIÓN 11. RECUPERACIÓN FINANCIERA

| | |
|--|---|
| ¿Se ha presentado una demanda civil en relación con este caso? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO | Nombre del abogado |
| ¿Ha recibido ningún dinero por los daños que resultaron de este crimen? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO | Dirección |
| Si un abogado está manejando recuperación financiera para usted, por favor proporcione su / su nombre e información de contacto.  | Ciudad Estado Código postal Teléfono |

La ley de Alabama le exige que notifique por escrito a la Comisión de Compensación a las Víctimas de Crímenes de Alabama en un plazo de 15 días a partir del inicio de cualquier procedimiento legal para recuperar la restitución o los daños o antes de cualquier intento de los reclamantes de llegar a una solución negociada. ALABAMA CODE 9-15-23-14(c).

AUTORIZACIÓN PARA LA RECLAMACIÓN

Divulgación de información: Por el presente, autorizo a cualquier institución financiera, cualquier agencia de servicios sociales, cualquier proveedor de servicios funerarios, cualquier compañía aseguradora, cualquier proveedor de servicios de atención médica o mental o a cualquier agencia del gobierno estatal o federal a divulgar información pertinente a mi estatus financiero a la ACVCC. Por el presente, autorizo a mi empleador actual o previo a divulgar información sobre mi empleo a la ACVCC.

Oficina del Fiscal: Entiendo que la información relacionada con mi reclamo puede ser liberado a la oficina del fiscal y / o aplicación de la ley.

Verificación de antecedentes criminales: Comprendo que como víctima/solicitante, estaré sujeto a una verificación de antecedentes criminales a fin de verificar mi elegibilidad para recibir los beneficios compensatorios.

Acuerdo de subrogación: Por el presente, convengo en notificar por escrito a la ACVCC con una antelación mínima de 15 días al inicio de cualquier procedimiento legal para recuperar la restitución o daños relacionados con mi victimización. Convengo en volver a pagar a la ACVCC el monto de la compensación que haya recibido en caso de que mi pérdida económica se resarza a través de cualquier fuente colateral. Comprendo que el incumplimiento del presente acuerdo podría acarrear acciones legales en mi contra.

Pago de beneficios: Comprendo que ACVCC pagará el monto máximo posible por la totalidad de los gastos o las pérdidas financieras. Comprendo que estos pagos podrían derivar en el desembolso de la totalidad de los beneficios de compensación para las víctimas del delito que promueve la presente denuncia. Acepto que soy responsable de notificar a ACVCC por escrito si no deseo que se desembolsen los beneficios máximos para esta denuncia.

Divulgación de información del proveedor de servicios: Por el presente, concedo mi permiso a la ACVCC para divulgar información o registros sobre mi solicitud de asistencia presentada a los proveedores de servicios y a sus representantes autorizados que representan la información sobre el estatus de mi reclamación pendiente. Comprendo que esta autorización tiene el propósito limitado de ayudar a los proveedores de servicios a determinar el estatus de la reclamación a fin de recibir el pago de los servicios prestados.

Firme aquí si usted NO autoriza la divulgación de información sobre su estatus al proveedor o proveedores de servicios.

_____ Firma del solicitante o la víctima

_____ Fecha

Partes autorizadas: Por el presente, acuerdo que las partes indicadas más abajo están autorizadas a discutir esta reclamación.

Nombre Número de teléfono Parentesco con la víctima Nombre Número de teléfono Parentesco con la víctima

¿Es usted un ciudadano estadounidense? SÍ NO ¿Es usted un extranjero presente legalmente? SÍ NO
¿Es usted una víctima de tráfico humano o violencia doméstica? SÍ NO

Por lo tanto, POR EL PRESENTE Y PARA SIEMPRE EXIMO a la ACVCC y a sus representantes y agentes autorizados de cualquier responsabilidad legal que pudiera surgir de la autorización de cualquier información antes mencionada. Mediante la firma de este documento, afirmo que la información provista en esta solicitud es verídica y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que si existiese cualquier evidencia creíble acerca de que yo haya presentado una reclamación falsa de fondos de subvención, seré oportunamente puesto en manos de la Oficina del Inspector General del Departamento de Justicia de los Estados Unidos.

X _____
Firma de la víctima o el solicitante

La víctima debe firmar esta autorización a menos que haya fallecido, esté incapacitada o sea menor de edad.

La persona que firme esta autorización debe tener **19 años o más**.

El solicitante (si no es la víctima) debe ser la persona legalmente autorizada a actuar en nombre de la víctima.

Se DEBE suministrar documentación de esta autoridad.

ESTE DOCUMENTO DEBE SER NOTARIADO

STATE OF _____)

_____ COUNTY)

I, _____, a Notary Public in and for said County and State, hereby certify that, he/she, whose name is signed to the foregoing affidavit, and who is known to me, acknowledged before me on this date that, being informed of the contents of said affidavit, he or she executed the same voluntarily on the day the same bears date.

GIVEN UNDER MY HAND AND OFFICIAL SEAL OF OFFICE at _____ County, State of _____, on this the _____ day of _____, 20_____.

Notary Public
My Commission expires: _____.

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de seguro social: _____

* La presentación de su número de seguro social es voluntaria. Sin embargo, el no tener su número de seguro social podría retardar el procesamiento de su reclamación.

1. Por el presente, autorizo a la Comisión de Compensación a las Víctimas de Crímenes de Alabama (ACVCC, por sus siglas en inglés) a obtener y usar mi información médica, psiquiátrica, sobre salud y facturación con el propósito de procesar la reclamación de mi compensación.
2. Autorizo a todos y cada uno de los proveedores de servicios, incluyendo médicos, hospitales, clínicas, laboratorios, psicólogos, enfermeras, asistentes de médicos y consejeros, a divulgar mi información de salud, médica, psiquiátrica y de facturación, que incluye un resumen del alta, informes del laboratorio, historial y exámenes físicos, procedimiento operativo, informes patológicos e información de facturación a la ACVCC y a sus agentes y empleados que actúen dentro del alcance de su empleo.
3. Comprendo que esta autorización es para toda la información de salud, médica, psiquiátrica y de facturación relacionada con mi victimización, que ocurrió el: _____
4. Comprendo que tales informes médicos podrían contener información sobre afecciones psicológicas, de drogas y/o alcohol, y/o diagnóstico, tratamiento y cuidado de enfermedades de transmisión sexual o complicaciones relacionadas con estas, incluyendo sin restricción pruebas de VIH y sus correspondientes resultados. Comprendo que la información de salud, médica, psiquiátrica y de facturación a divulgar podría estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor de la información de salud, médica y de facturación, y ya no estar protegida por las Normas Federales de Privacidad.
5. Comprendo que esta autorización es voluntaria. Además, comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación escrita a la ACVCC. En caso de revocar la autorización, esta no tendrá ningún efecto sobre los usos y divulgaciones efectuados antes del recibo de la misma.
6. En caso de que esta autorización esté siendo firmada por un representante personal del paciente, se debe adjuntar a este documento una descripción de la autoridad de dicho individuo junto con la documentación apropiada de esta autoridad.
7. Esta autorización tendrá validez durante todo el procesamiento de la reclamación de mi compensación en la ACVCC y concluirá cuando la ACVCC haya cerrado la reclamación de mi compensación.

X

Firma del paciente o representante personal

Fecha

Ya sea el paciente (víctima) o su representante deberán firmar y fechar esta autorización en caso de solicitar una consideración de los gastos médicos.



Cassie T. Jones, Ed.D.
EXECUTIVE DIRECTOR

ALABAMA CRIME VICTIMS' COMPENSATION COMMISSION

P.O. Box 231267
Montgomery, AL 36123-1267



COMMISSIONERS
Phillip Brown
William G. (Billy) Sharp, Jr.
Miriam Shehane

ESTADO DE _____)
)
CONDADO DE _____)

DECLARACIÓN JURADA PARA EL CÓNYUGE SOBREVIVIENTE O FAMILIAR MÁS CERCANO (PARA RECLAMACIONES DE MUERTE/HOMICIDIO SOLAMENTE)

Yo, _____, tras haber prestado debido juramento, testifico y declaro bajo juramento lo siguiente:

NOMBRE DEL RECLAMANTE

1. Soy mayor de diecinueve años.

2. Soy el/la _____
Cónyuge sobreviviente, hijo, madre, hermano, hermana, abuelo, tía, tío, o especificar otra relación

, de la difunta víctima, _____
NOMBRE DE LA VICTIMA

3. Comprendo que esta información se usará con el propósito de determinar quién es el familiar más cercano de la víctima y de brindar los beneficios de compensación para las víctimas de un crimen.

4. Comprendo que prestar información falsa intencionadamente a la Comisión de Compensación a las Víctimas de Crímenes de Alabama con la intención de obtener beneficios compensatorios es una violación de la sección 15-23-21 del *Código de Alabama* (1995) y constituye un delito grave Clase C.

NOMBRES DE LOS SOBREVIVIENTES

Por favor, escriba el nombre de los parientes vivos de la víctima difunta en el siguiente orden de parentesco: cónyuge sobreviviente, hijos, padre y/o madre; hermanos y/o hermanas; abuelos; tías y/o tíos, otro:

El deponente no tiene nada más que agregar.

| Nombre | Fecha de nacimiento | Dirección | Número de teléfono | Parentesco |
|--------|---------------------|-----------|--------------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

SE FORMALIZÓ EN LA SIGUIENTE PÁGINA

Reach for our helping hand.

334-290-4420 334-290-4455 (fax) 1-800-541-9388 (victims only)
www.acvcc.alabama.gov

INICIALES DEL RECLAMANTE

| Nombre | Fecha de nacimiento | Dirección | Número de teléfono | Parentesco |
|--------|---------------------|-----------|--------------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

El deponente no tiene nada más que agregar.

RECLAMANTE (Cónyuge sobreviviente o familiar más cercano)

ESTE DOCUMENTO DEBE SER NOTARIADO

STATE OF _____)
)
_____ COUNTY)

I, _____, a Notary Public in and for said County and State, hereby certify that, he/she, whose name is signed to the foregoing affidavit, and who is known to me, acknowledged before me on this date that, being informed of the contents of said affidavit, he or she executed the same voluntarily on the day the same bears date.

GIVEN UNDER MY HAND AND OFFICIAL SEAL OF OFFICE at _____ County, State of _____, on this the ____ day of _____, 20__.

Notary Public
My Commission expires: _____.



Cassie T. Jones, Ed.D.
EXECUTIVE DIRECTOR

ALABAMA CRIME VICTIMS' COMPENSATION COMMISSION

P.O. Box 231267
Montgomery, AL 36123-1267



COMMISSIONERS
Phillip Brown
William G. (Billy) Sharp, Jr.
Miriam Shehane

ESTADO DE _____)
)
CONDADO DE _____)

DECLARACIÓN JURADA DEL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR LEGAL DE UNA VÍCTIMA DE UN CRIMEN MENOR DE EDAD (PARA RECLAMACIONES CON UNA VÍCTIMA QUE ES MENOR (NIÑO/A) SOLAMENTE)

Yo, _____, tras haber prestado debido juramento, testifico y declaro bajo juramento lo siguiente:
NOMBRE DEL RECLAMANTE

1.Soy mayor de diecinueve años.

2.Soy el/la _____, de la víctima, _____ .
INDIQUE SI USTED ES PADRE O GARDIAN LEGAL NOMBRE DE LA VICTIMA MENOR DE EDAD

3.Soy la persona legalmente autorizada para actuar en nombre de la víctima menor de edad.

4.Comprendo que esta información se usará para determinar quién es el padre, la madre o el tutor legal de la víctima menor de edad con el propósito de brindar los beneficios de compensación para las víctimas de un crimen.

5.Comprendo que prestar información falsa intencionadamente a la Comisión de Compensación a las Víctimas de Crímenes de Alabama con la intención de obtener beneficios compensatorios es una violación de la sección 15-23-21 del *Código de Alabama* (1995) y constituye un delito grave Clase C.

El deponente no tiene nada más que agregar.

RECLAMANTE (PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL)

ESTE DOCUMENTO DEBE SER NOTARIADO

STATE OF _____)
)
_____ COUNTY)

I, _____, a Notary Public in and for said County and State, hereby certify that, he/she, whose name is signed to the foregoing affidavit, and who is known to me, acknowledged before me on this date that, being informed of the contents of said affidavit, he or she executed the same voluntarily on the day the same bears date.

GIVEN UNDER MY HAND AND OFFICIAL SEAL OF OFFICE at _____ County, State of _____, on this the ____ day of _____, 20__.

Notary Public
My Commission expires _____

Reach for our helping hand.

334-290-4420 334-290-4455 (fax) 1-800-541-9388 (victims only)
www.acvcc.alabama.gov