

Alabama Crime Victims Compensation Commission



P.O. Box 231267
 Montgomery, AL 36123-1267
 800-541-9388 or 334-290-4420
 Fax 334-290-4455
www.acvcc.alabama.gov

For Office Use Only

Cross Reference Number

Claim Number

You have the right to free
 language assistance.

Tiene derecho a asistencia
 lingüística gratuita.

귀하는 무료 언어 지원을 받을 권리가 있습니다.

Sección 1 – Criterios de elegibilidad

A. ¿Estuvo la víctima físicamente presente durante un delito violento? Sí No	B. ¿Presentó esta solicitud dentro de un (1) año del delito? Sí No Si marcó "no", explique el motivo en una hoja de papel aparte.
C. ¿Tiene el solicitante algún cargo penal pendiente en su contra en el momento del delito? Sí No En caso afirmativo, indíquelos en una hoja de papel aparte.	D. ¿Se informó el delito a las autoridades policiales dentro de las 72 horas posteriores al suceso? Sí No Si marcó "no", explique el motivo en una hoja de papel aparte.

Debe presentar prueba de ciudadanía estadounidense o de que es un extranjero elegible para recibir beneficios públicos.

Por favor ver https://acvcc.alabama.gov/legal_presence_faq.htm para obtener la lista de documentos aceptables.

Sección 2 – Información de la víctima

A. Nombre del víctima: Último: _____ Primero: _____ Inicial del segundo nombre: _____	B. Fecha de nacimiento: _____	C. Número de seguro social*: _____
D. Dirección postal (número, calle, número de apartamento): _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____	E. Número de teléfono primario: _____	F. Número de teléfono del trabajo: _____
H. Estado civil: Soltero Casado Apartado Divorciado Viudo	G. Dirección de correo electrónico: _____	

Sección 3 – Información del Reclamante

Esta sección debe completarse únicamente si la víctima es menor de edad, fallecida o incapacitada. Si la víctima tiene 19 años o más, pero incapacitado, deberá proporcionar prueba de tutela/curaduría Sobre el víctima.

A. Nombre del reclamante: Último: _____ Primero: _____ Inicial del segundo nombre: _____	B. Fecha de nacimiento: _____	C. Número de seguro social*: _____
D. Dirección postal (número, calle, número de apartamento): _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____	E. Número de teléfono primario: _____	F. Número de teléfono del trabajo: _____
J. Su relación con la víctima: Cónyuge Madre Padre Niño Hermano Abuelo Nieto Guardián legal Otro _____	G. Dirección de correo electrónico: _____	

Si usted no es el familiar legal de la víctima, retendremos esta solicitud hasta que haya pasado un año y un día desde la fecha del delito, que es cuando usted será elegible para ser el reclamante de este Reclamo, o hasta que el reclamante El pariente más cercano legal le proporciona un documento de poder notarial emitido por la ACVCC, lo que ocurra primero.

Sección 4 – Adjudicación de Emergencia(\$1,000 máximo)

Si desea solicitar fondos de emergencia, seleccione la categoría adecuada y explique por qué.

Funeral Mudanza/Reubicación

Nombre del Negocio: _____ BNúmero de teléfono laboral: _____

*La presentación de números de Seguro Social es voluntaria. Se solicitan números de Seguro Social para verificar la elegibilidad de conformidad con ALA. CÓDIGO §§ 15-23-1-15-23.F; Si no envía su número de Seguro Social, es posible que no pueda procesar todos los gastos.

Sección 5 – Información sobre delitos

Complete esta sección y, si hay una disponible, proporcione una copia del informe policial.

A. Tipo de delito (marque solo uno) Agresión Violencia doméstica Homicidio Agresión sexual Otro (por favor explique) _____		
B. ¿Cuál es la relación de la víctima con el presunto Delincuente, si lo hay? _____	C. ¿Se ha firmado una orden? Sí No	D. ¿Se ha realizado un arresto? Sí No
E. Indique la fecha del delito: ____/____/____	F. Indique la fecha en que se denunció el delito a las autoridades: ____/____/____	G. Enumerar la Agencia de la ley que el crimen fue reportado: _____
H. Dirección física en la que ocurrió el crimen: _____		
I. Por favor proporcione una breve descripción del delito: _____		

Sección 6 – Solicitud de Compensación

La ACVCC considera varios tipos de compensación. Por favor seleccione el tipo que está solicitando. Proporcionar las facturas/recibos correspondientes y directamente.

Homicidio	No Homicidio
Consejería para la familia de la víctima Mudanza/Reubicación Gastos médicos Viaje/Tránsito (para funeral, tribunal y/o tratamiento médico) Pérdida de apoyo para un dependiente de una víctima fallecida Limpieza de la escena del crimen Honorarios de tutela Funeral/Entierro	Consejería para la víctima Mudanza/Reubicación Gastos médicos/dentales Viaje/Tránsito (para corte y/o tratamiento médico) Salarios perdidos para la víctima (si está empleado en ese momento) Salarios perdidos para padres/tutores de víctimas menores Limpieza de la escena del crimen Honorarios de tutela
La ACVCC no proporciona compensación por dolor y sufrimiento o delitos contra la propiedad.	

Sección 7 – Recuperación financiera

La ley de Alabama requiere que usted notifique por escrito a la Comisión de Compensación a Víctimas del Crimen de Alabama dentro de los quince (15) días posteriores al inicio recuperar restitución o daños, o antes de cualquier intento por parte del Demandante de llegar a un acuerdo negociado. CÓDIGO DE ALABAMA § 15-23-14(c).

ACVCC es un pagador de último recurso; debe informar a la Comisión si recibe financiación de una fuente colateral.

A. ¿Se ha presentado una demanda civil en relación con este caso? Sí No	B. ¿Ha recibido algún dinero por los daños que resultaron de este delito (Seguros de cualquier tipo, restitución, etc.)? Sí No
C. Si un abogado ha estado manejando la recuperación financiera para usted, proporcione su información de contacto, incluida la dirección postal, el número de teléfono, el número de fax y la dirección de correo electrónico. _____ _____	
Si se comunica con un abogado para obtener una recuperación financiera como resultado de este delito, muéstrele esta solicitud.	

Sección 8 – Información estadística:

Sólo con fines estadísticos; completar esta sección es estrictamente voluntario.

A. Díganos cómo se enteró por primera vez del programa de Compensación a Víctimas de Delitos: Fiscal Proveedor médico Abogado civil Medios, folletos o carteles policía/aguacil Agencia de servicios a las víctimas Amigo/Conocido Other _____		
B. Raza/antecedentes étnicos: Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico Hispano o latino Negro / afroamericano Blanco no latino / caucásico Indio americano / nativo de Alaska Asiático Multirracial	C. ¿Si la víctima está deshabilitada, marque uno: Antes del crimen Como resultado de este crimen	D. Género: _____

Autorización de reclamo

Divulgación de información: Autorizo a instituciones financieras, agencias de servicios sociales, proveedores de servicios funerarios, compañías de seguros, proveedores de servicios médicos/de salud mental o cualquier agencia estatal/federal a divulgar mi información a la ACVCC. Autorizo a mi empleador o antiguo empleador a divulgar mi información laboral a la ACVCC.

Fiscalía: Entiendo que la información relacionada con mi reclamo puede ser divulgada a la oficina del fiscal y/o a las autoridades.

Verificación de antecedentes criminales: Estaré sujeto a una verificación de antecedentes penales para verificar mi elegibilidad para recibir beneficios de compensación.

Acuerdo de Subrogación: Por la presente acepto notificar por escrito a la ACVCC dentro de los 15 días posteriores al inicio de cualquier procedimiento legal para recuperar la restitución de los daños relacionados con mi victimización. Acepto reembolsar a la ACVCC el monto de la compensación que he recibido en caso de que mi pérdida económica se recupere de cualquier fuente colateral. Entiendo que el incumplimiento de este acuerdo puede dar lugar a que se emprendan acciones legales en mi contra.

Pago de Beneficios: Entiendo que ACVCC pagará la cantidad máxima posible por todos los gastos/pérdidas financieras. Entiendo que estos pagos pueden resultar en el gasto de todos los beneficios de compensación a las víctimas de delitos para este reclamo. Reconozco que es mi responsabilidad notificar a la ACVCC por escrito si no deseo que se gasten los beneficios máximos para este reclamo.

Divulgación de información del proveedor de servicios: Autorizo a ACVCC a divulgar información o registros sobre mi solicitud de asistencia a proveedores de servicios y sus representantes autorizados que soliciten información sobre el estado de mi reclamo pendiente. Entiendo que esta autorización tiene el propósito limitado de ayudar a los proveedores de servicios a determinar el estado del reclamo para recibir el pago por los servicios prestados.

Búsqueda de póliza de seguro de vida: Autorizo a la ACVCC a buscar en la base de datos de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC) y en cualquier otro recurso disponible una póliza de seguro de vida para la víctima fallecida para quien se presenta esta solicitud. Entiendo que el propósito de esta búsqueda es determinar si una fuente colateral de compensación está disponible o no.

Partes autorizadas: IPor la presente acepta que las partes enumeradas a continuación puedan recibir información sobre este reclamo. Entiendo que el estatus sólo se proporcionará a los empleados de los proveedores de servicios.

Nombre	Teléfono	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Es usted víctima de trata de personas o violencia doméstica? Y / N	¿Eres un ciudadano de los Estados Unidos? Y / N	¿Es usted un extranjero legalmente presente? Y / N
--	--	---

La ACVCC no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, religión, edad, información genética, embarazo o discapacidad en el empleo o en la provisión de beneficios de compensación.

Por lo tanto, **POR LA PRESENTE Y PARA SIEMPRE EXONERO DE RESPONSABILIDAD** a la ACVCC y a sus representantes y agentes autorizados de toda responsabilidad legal que pueda surgir de la divulgación de cualquiera de la información anterior. Al firmar este documento afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si hay alguna evidencia creíble de que presenté un reclamo falso de fondos de subvención o que intencionalmente he proporcionado información falsa en esta solicitud, será remitido para una investigación criminal.

Marque esta casilla si **no** autorizar la divulgación de información de estado a los proveedores de servicios.

X _____
Firma de la víctima o reclamante

Nombre impreso de la víctima o demandante

Fecha

La víctima deberá firmar esta autorización a menos que esté fallecida, incapacitada o sea menor de edad. La persona que firma esta autorización debe tener 19 años o más. El reclamante (si no es la víctima) debe ser la persona legalmente autorizada para actuar en nombre de la víctima. Se deberá aportar documentación de esta autoridad.