



# DISTRITO JUDICIAL 21

## INDEMNIZACIÓN A LAS VÍCTIMAS DEL DELITO APLICACIÓN E INSTRUCCIONES

Victim Compensation Board  
Department 5031  
P.O. Box 20,000  
Grand Junction, Colorado, 81502  
Teléfono: 970-244-1730  
Fax: 970-256-1432  
[victims.comp@mesacounty.us](mailto:victims.comp@mesacounty.us)

El Programa de Compensación para Víctimas opera de conformidad con C.R.S. 24-4.1-101 y siguientes.

### REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD \*:

1. El delito debe ser aquel en que la víctima sufra lesiones corporales o psíquicas, la muerte o daños materiales en cerraduras, ventanas o puertas de una vivienda como consecuencia de un delito indemnizable.
2. Las víctimas deben cooperar con los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley (por ejemplo, el fiscal de distrito, la policía, el alguacil, etc.)
3. La agencia de aplicación de la ley fue notificada dentro de las 72 horas posteriores a la ocurrencia del delito.
4. La lesión o muerte de la víctima no debe haber sido el resultado de la mala conducta de la víctima o de una provocación sustancial.
5. La victimización debe haber ocurrido a partir del 1 de julio de 1982.
6. La solicitud de indemnización deberá presentarse dentro del año siguiente a la fecha del delito; seis meses para reclamaciones por daños a la propiedad residencial.
7. El delito ocurrió en el condado de Mesa o en otro estado o país donde no existe un programa de compensación para víctimas y la víctima es residente del condado de Mesa.

*\*La Junta de Compensación para Víctimas del Crimen PUEDE renunciar a algunos de estos requisitos por una buena causa o en interés de la justicia.*

### INFORMACIÓN GENERAL:

1. No es necesario que se haya realizado un arresto para que una víctima sea elegible para compensación.
2. Se puede realizar una compensación por gastos médicos, asesoramiento sobre salud mental, dentaduras postizas, anteojos, audífonos u otros dispositivos protésicos o médicos, salarios perdidos, atención ambulatoria, servicios de ama de casa o de salud en el hogar, gastos funerarios y pérdida de apoyo a los dependientes.
3. Se puede otorgar compensación por daños a la propiedad por el costo de reemplazar o reparar puertas, cerraduras o ventanas exteriores que se dañen durante la comisión de un delito.
4. Por ley, debe utilizar todas las demás fuentes disponibles de asistencia financiera o reembolso, incluidos los seguros privados, Medicaid y Medicare.
5. Adjunte todas las facturas y recibos detallados. Puede presentar su solicitud incluso si no ha recibido ninguna factura a esta fecha.
6. Su reclamo será investigado y presentado a la Junta de Compensación de Víctimas. Este proceso puede demorar hasta 60 días.
7. La recuperación total no puede exceder el límite legal de \$30,000. La compensación para algunas categorías está limitada por la política de la Junta. Llame al (970) 244-1730 para conocer los límites de categoría específicos.
8. En caso de que se deniegue su reclamo, tiene derecho a solicitar una reconsideración de la decisión de la Junta y tiene derecho a presentar información nueva o adicional relacionada con los motivos de la denegación o reducción de su reclamo por parte de la Junta. Puede solicitar una reconsideración comunicándose con el programa de Compensación para Víctimas dentro de los 30 días a partir de la fecha en que recibió la notificación de la denegación o reducción de su reclamo. Si solicita una reconsideración de la decisión de la Junta, se le enviará por correo más información sobre el proceso de reconsideración. En caso de que la Junta confirme la denegación, usted tiene derecho a que se revise la decisión de la Junta de acuerdo con las Reglas de Procedimiento Civil de Colorado dentro de los 30 días.
9. Cualquier material recibido, hecho o guardado por el programa de Compensación para Víctimas del Crimen o un Fiscal de Distrito relacionado con una solicitud de Compensación para Víctimas bajo C.R.S. §24-4.1-100.1 son confidenciales.
10. Tiene derecho a que la Oficina del Fiscal del Distrito le notifique si el tribunal ha emitido una citación para el archivo de reclamo de CVC, o los materiales en el archivo de reclamo de CVC, para los cuales la víctima presentó una solicitud.

**Si sus facturas relacionadas con delitos están en peligro de ser entregadas a una agencia de cobro, comuníquese con el Programa CVC al 970-244-1730 o envíe un correo electrónico a [victims.comp@mesacounty.us](mailto:victims.comp@mesacounty.us), es posible que podamos ayudarlo.**

**Para obtener más información acerca de la Compensación para Víctimas del Crimen o asistencia para completar la solicitud, llame al 970-244-1730 o envíe un correo electrónico a [victims.comp@mesacounty.us](mailto:victims.comp@mesacounty.us).**

**Los solicitantes con problemas de audición, ciegos o del habla pueden comunicarse con el Programa CVC a través de Relay Colorado (711).**

**Los solicitantes que no hablen inglés o tengan un dominio limitado del inglés pueden comunicarse con el Programa CVC al 970-244-1730 o enviar un correo electrónico a [victims.comp@mesacounty.us](mailto:victims.comp@mesacounty.us); El personal de CVC intentará comunicarse con el solicitante a través de un servicio de interpretación telefónica.**

## INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN

De conformidad con el estatuto 24.4.1-105(2)(a), el solicitante debe proporcionar al Programa de Compensación para Víctimas de Delitos del Distrito Judicial 21 toda la información solicitada por el programa según sea necesario para procesar la solicitud. Las solicitudes incompletas serán devueltas o retrasadas hasta que se reciba toda la información. La falta de proporcionar información puede resultar en la denegación de su reclamo.

**SECCIÓN 1- INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA:** Esta es la persona que recibirá los servicios. La víctima principal es la persona que resultó herida o muerta. Una víctima secundaria es alguien con una relación cercana de tipo familiar con la víctima o alguien que es testigo del crimen. Se requiere una solicitud por separado para cada miembro de la familia que presente la solicitud.

**SECCIÓN 2- INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE:** Esta es la persona con la que se comunicará con respecto a este reclamo. Puede ser la misma persona que la víctima principal o puede ser un tutor legal o familiar de la víctima principal. **ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA SI LA VÍCTIMA ES MENOR O FALLECIDA.**

**SECCIÓN 3- INFORMACIÓN DEL CRIMEN:** Completar toda esta sección según su leal saber y entender nos ayuda a garantizar que tengamos el informe correcto para acompañar su solicitud. **NO necesita proporcionar una copia de este informe.**

**SECCIÓN 4- SEGURO Y OTRA INFORMACIÓN DE FUENTE COLATERAL:** Por estatuto federal y estatal, la Compensación para Víctimas del Crimen es el pagador de último recurso. Si tiene otros recursos disponibles para el pago de las facturas que está presentando, debe divulgar esta información.

**SECCIÓN 5- DEMANDA CIVIL:** Si recibe beneficios o fondos en pago de los mismos gastos por los que se reciben del Programa de Compensación para Víctimas del Crimen, se le puede solicitar que reembolse al Programa la cantidad pagada por el Programa.

**SECCIÓN 6- SOLICITUD DE SERVICIOS:** Esta sección tiene diez subsecciones. Marque los servicios con los que solicita asistencia o que anticipa que necesitarán asistencia.

- **MÉDICO/DENTAL:** Todas las facturas detalladas enviadas deben estar directamente relacionadas con el delito y, en última instancia, son su responsabilidad. Las facturas o estimaciones relacionadas con delitos deben enviarse al Programa de Compensación para Víctimas de Delitos a medida que las reciba. Si solicita un reembolso, envíe los recibos u otra prueba de pago con la factura detallada.
- **ARTÍCULOS MÉDICOS CORRECTIVOS:** Esto se refiere a cualquier dispositivo médicamente necesario que haya sido robado o dañado como resultado del incidente criminal. Esto incluye audífonos, anteojos, dentaduras postizas, etc. Envíe facturas detalladas o presupuestos.
- **DAÑO A LA PROPIEDAD:** La Junta no puede reparar ni reemplazar propiedad con la excepción de puertas y ventanas residenciales exteriores. La Junta puede cambiar las llaves de cerraduras residenciales o de vehículos.
- **GASTOS DE ENTIERRO/FUNERARIO:** Infórmenos si ya pagó los gastos del funeral o si la factura sigue pendiente. Envíe todas las facturas o recibos que desee que se consideren para pago o reembolso. La persona que pagó el funeral es la persona elegible para recibir el reembolso si se aprueba el reclamo.
- **SALARIOS PERDIDOS:** Puede solicitar la pérdida de ingresos solo si faltó al trabajo debido a lesiones físicas o emocionales relacionadas con el delito y no tomó la licencia pagada proporcionada por su empleador. Se le enviará por correo un formulario de pérdida de salarios a su empleador para que lo complete. Si trabaja por cuenta propia, se le pedirá que envíe una copia de su declaración de impuestos del último año. Se puede solicitar una nota del médico por más de 14 días de salarios perdidos. El dinero robado durante un delito no es un gasto elegible.
- **LIMPIEZA DE LA ESCENA DEL CRIMEN:** Esto se refiere a la limpieza de una residencia personal que ha sido manchada con fluidos/materia corporal, gases lacrimógenos u otros elementos que dejan la residencia inhabitable como resultado de un delito indemnizable. El servicio de limpieza de la escena del crimen, en relación con un delito indemnizable, debe ser realizado por una agencia de limpieza profesional.
- **CONSEJERÍA DE SALUD MENTAL:** Para víctimas primarias y secundarias o testigos de un delito. La Junta solo aprobará la terapia con terapeutas autorizados por el estado o un proveedor de tratamiento bajo la supervisión directa de alguien que tenga dicha autorización.
- **REUBICACIÓN:** La Junta puede considerar pagar hasta \$5,000 de gastos de reubicación incurridos como resultado de un delito.
- **INGRESO FAMILIAR:** Se refiere al apoyo monetario que un dependiente habría recibido del imputado con el propósito de ordenarle una vivienda o residencia. Se requiere la presentación de prueba de los ingresos del demandado.
- **PÉRDIDA DE APOYO-FALLECIMIENTO DE LA VÍCTIMA:** Si la víctima principal ha muerto como resultado de un delito, las personas que dependían total o parcialmente de los ingresos de la víctima principal pueden solicitar fondos por pérdida de apoyo. Se requiere la presentación de prueba de los ingresos de la víctima.

**SECCIÓN 7- DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LAS VÍCTIMAS:** Sus iniciales en cada sección, así como su firma y la fecha son necesarias para completar la solicitud y autorizar al Programa de Compensación para Víctimas del Crimen a verificar las facturas en su nombre.

**SOLICITUD DE EMERGENCIA**

Las solicitudes de emergencia deben realizarse dentro de los 30 días posteriores al delito. No todas las solicitudes califican.

**SOLICITUD**

Return application and crime related bills to:

Victim Compensation Program

PO BOX 20,000, Dept. 5031

Grand Junction, CO 81502

Fax: 970-256-1432

[victims.comp@mesacounty.us](http://victims.comp@mesacounty.us)

Por favor complete cada pregunta. Escriba N/A cuando una pregunta no se aplique a usted.

**SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE/VÍCTIMA (EN LETRA DE MOLDE)**

Eres el:  víctima principal  víctima secundaria

La persona que resultó herida o muerta se considera la víctima principal.

Una víctima secundaria es alguien con una relación cercana de tipo familiar con la víctima o alguien que es testigo del crimen.

Nombre (Primer Segundo Apellido): \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad cuando ocurrió el crimen: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  
 Femenino

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

Estado de Residencia: \_\_\_\_\_

Teléfono primario: \_\_\_\_\_ Teléfono secundario: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Método preferido para recibir comunicaciones del Programa de Compensación para Víctimas del Crimen:  Correo  Correo electrónico

*LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SE UTILIZA CON FINES ESTADÍSTICOS ÚNICAMENTE. ES NECESARIO PARA CUMPLIR CON LAS REGULACIONES FEDERALES.*

Discapacitado antes del crimen:  No  Sí → Si 'Sí', marque todo lo que corresponda:  Físico  
 Mental

Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativos de Alaska	¿Quién te refirió al programa?	<input type="checkbox"/> Oficina del Fiscal
<input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Hospital / Doctor
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano		<input type="checkbox"/> Servicios Humanos
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino		<input type="checkbox"/> Cumplimiento de la ley
<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano u Otro Isleño del Pacífico		<input type="checkbox"/> Terapeuta
<input type="checkbox"/> Blanco No latino o Caucásico		<input type="checkbox"/> Defensor de las víctimas
<input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Múltiples Razas		

**SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL RECLAMANTE/TUTOR**

Complete si la víctima mencionada en la Sección 1 es menor de edad, fallecida o incapacitada. Esta es la persona con la que se contactará con respecto a este reclamo.

Nombre del reclamante: \_\_\_\_\_

Género:  Masculino  Femenino Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono primario: \_\_\_\_\_ Teléfono secundario: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Método preferido para recibir comunicaciones del Programa de Compensación para Víctimas del Crimen:  Correo  Correo electrónico

# SOLICITUD

## SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DEL CRIMEN

Favor de cumplir esta sección que es posible..

<input type="checkbox"/> TIPO DE CRIMEN: <input type="checkbox"/> Asalto	<input type="checkbox"/> Robo	<input type="checkbox"/> Conducción descuidada: lesiones/muerte
<input type="checkbox"/> Abuso físico a un menor	<input type="checkbox"/> Agresión sexual infantil – Familia	<input type="checkbox"/> Agresión sexual infantil - No familiar
<input type="checkbox"/> Travesura de criminal	<input type="checkbox"/> Violencia Domestica	<input type="checkbox"/> Conductor borracho
<input type="checkbox"/> Atropello y fuga que causan lesiones	<input type="checkbox"/> Homicidio/Asesinato	<input type="checkbox"/> Secuestro
<input type="checkbox"/> Agresión sexual - Adulto	<input type="checkbox"/> Asalto Vehicular/Homicidio	
<input type="checkbox"/> Otro: _____		

### INFORMACIÓN DEL CRIMEN/REPORTE:

Fecha de Crimen: \_\_\_\_\_ Fecha Reportada: \_\_\_\_\_

Numero de reporte de a Policía: \_\_\_\_\_ Policía/agencia donde fue reportado: \_\_\_\_\_

Caso de manejo del oficial de cumplimiento de la ley: \_\_\_\_\_

Condado donde ocurrió: \_\_\_\_\_

Pas el crimen en el trabajo?  Sí  No

### INFORMACIÓN DEL CASO/SOSPECHOSO:

Número de caso judicial: \_\_\_\_\_ Quien cometo este crimen? \_\_\_\_\_

Relacion a la victima: \_\_\_\_\_

Describe brevemente las lesiones relacionadas con del crimen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## SECCIÓN 4- INFORMACIÓN DEL SEGURO

Por ley, el Programa de Compensación para Víctimas del Crimen es el pagador de último recurso. Los gastos relacionados con delitos deben enviarse a todos los programas de asistencia financiera disponibles antes de la revisión del Programa. Indique si la víctima está asegurada.

**¿Tiene cobertura de seguro de salud?**  No  Sí *En caso afirmativo, indique qué tipo(s):*

Medicaid  Medicare  CHP+  Programa para Indigentes de Colorado  Seguro Privado

Tenedor de una póliza: \_\_\_\_\_

Nombre de empresa: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Monto deducible: \_\_\_\_\_

**¿Tienes seguro de automóvil?**  No  Sí

Tenedor de una póliza: \_\_\_\_\_

Nombre de empresa: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Monto deducible: \_\_\_\_\_

**¿Tiene seguro de propietario de vivienda?**  No  Sí

Tenedor de una póliza: \_\_\_\_\_

Nombre de empresa: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Monto deducible: \_\_\_\_\_

**¿Tienes algún otro seguro?**  No  Sí *En caso afirmativo, indique qué tipo(s):*

Seguro de Vida  Discapacidad  Compensación de Trabajo  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre de empresa: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 5: INFORMACIÓN DE JUICIO CIVIL

Es posible que se le pida que reembolse el Fondo de Compensación para Víctimas del Crimen si recibe pagos que cubren las mismas pérdidas que pagó el Fondo de Compensación para Víctimas del Crimen.

**¿Planea demandar a la(s) persona(s), empresa/agencia responsable de esta lesión?**  No  Sí

*En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:*

Nombre del Abogado: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**La Junta de Compensación para Víctimas del Crimen debe ser notificada de cualquier acción civil y proporcionar evidencia escrita del monto del acuerdo.**

# SOLICITUD

## SECCIÓN 6: SOLICITUD DE SERVICIOS

Por favor marque las casillas apropiadas para los servicios que está solicitando. Incluya copias de las facturas detalladas. Si no tiene facturas detalladas en este momento, envíelas al recibirlas.

**MÉDICO / DENTAL** – Marque la casilla correspondiente para el tipo de facturas médicas o dentales incurridas como resultado del delito. La Compensación a las Víctimas es el pagador de último recurso. Todas las facturas deben enviarse al seguro antes de que el programa las pague.

Hospital  Quiropráctica  Terapia física  Médico / Doctor  Cuidado de la salud en el hogar  Dental

**ARTÍCULOS MÉDICOS CORRECTIVOS** – Marque la casilla correspondiente al tipo de artículo que solicita que se repare o reemplace.

Lentes/Lentes de Contacto  Dentaduras  Prótesis Auditiva  Dispositivo Protésico

**DAÑO A LA PROPIEDAD** – Marque la casilla correspondiente para la reparación o el reemplazo de puertas, cerraduras y ventanas residenciales de entrada/salida dañadas como resultado del delito. Marque la casilla correspondiente para cambiar las llaves de cerraduras residenciales o de vehículos por motivos de seguridad.

**RESIDENCIAL:**  Puertas  Cerraduras  Ventanas

**CAMBIO DE CLAVE:**  Residencial  Vehículo  Otro \_\_\_\_\_

**REUBICACIÓN** OR  **APOYO DEL HOGAR** (NO SE PUEDE SOLICITAR AMBOS)

*DEBE COMPLETAR LA PÁGINA 6 PARA ASISTENCIA DE REUBICACIÓN O APOYO DEL HOGAR.*

**GASTOS DE ENTIERRO/FUNERARIO** - (Límite de \$10,000: \$6,000 para funeral/crematorio/entierro, \$4,000 para cementerio/lápida, \$3,000 para transporte del cuerpo fuera del estado para el entierro) Marque la casilla correspondiente a continuación. Presentar facturas detalladas.

La factura ya ha sido pagada.  la factura esta pendiente.

Nombre y teléfono de la funeraria: \_\_\_\_\_

**SALARIOS PERDIDOS (Límite del 80 % del salario bruto hasta por 12 semanas)** Nos comunicaremos con su empleador. Si trabaja por cuenta propia, debe presentar un comprobante de ingresos. Cualquier solicitud por más de 14 días requiere la verificación de su médico de que no pudo trabajar debido a las lesiones del crimen.

Fechas perdidas: De \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Nombre comercial del empleador de la víctima: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Persona de contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Razón por la que falta al trabajo: \_\_\_\_\_

**LIMPIEZA DE LA ESCENA DEL CRIMEN (\$5,000 máximo)** Este servicio debe ser realizado por una agencia de limpieza profesional. Para ser elegible para este servicio, la escena del crimen debe estar manchada con fluidos/materia corporal, gases lacrimógenos u otros artículos que dejen la residencia inhabitable. Este premio no incluye ningún daño en la escena del crimen causado por la recopilación de evidencia para la investigación.

**PÉRDIDA DE APOYO - MUERTE DE LA VÍCTIMA – (Límite del 80% del salario bruto por hasta 8 semanas)** La Víctima debe haber sido la fuente principal de sustento para la familia dependiente. Las personas que dependían total o parcialmente de los ingresos de la víctima principal pueden solicitar fondos por pérdida de apoyo.

**DEBE COMPLETAR LA PÁGINA 7 POR PÉRDIDA DE APOYO - MUERTE DE LA VÍCTIMA.**

**SERVICIOS DE SALUD MENTAL** – Marque la casilla correspondiente a los servicios de salud mental solicitados. Todos los servicios de salud mental deben estar directamente relacionados con el delito por el cual se aprueba el reclamo. Se requiere la verificación de su psiquiatra/médico tratante de que los medicamentos son necesarios debido al delito para los medicamentos psiquiátricos.

Consejería/Terapia  Medicamentos psiquiátricos

Nombre del terapeuta: \_\_\_\_\_

Número de licencia: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE REUBICACIÓN O APOYO AL HOGAR**  
**SELECCIONE SOLO UNA: NO PUEDE SOLICITAR AMBAS**

       **REUBICACIÓN:** Crime Victim Compensation puede considerar pagar hasta \$5,000 de gastos de reubicación incurridos como resultado de un crimen. Si se aprueba, tendrá 90 días a partir de la fecha de la concesión para utilizar esta concesión.

¿Existe una orden activa de no contacto/protección/restricción?  Sí  No  
 Si 'No' por favor explique: \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene un lugar seguro para mudarse?  Sí  No

Por favor, explique brevemente la razón por la que solicita asistencia de reubicación como resultado de su victimización:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

       **APOYO DEL HOGAR:** CVC puede considerar pagar a las víctimas hasta el 80 % del salario bruto del delincuente durante un máximo de 8 semanas, que se ha perdido, como resultado de que el autor/delincuente haya sido separado de la familia o se haya ido.

¿Existe una orden activa de no contacto/protección/restricción?  Sí  No  
 Si 'No' por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Usted y el delincuente residían juntos en el momento del delito?  Sí  No  
 ¿Usted y el agresor actualmente/siguen viviendo juntos?  Sí  No  
 ¿El delincuente le brindaba apoyo financiero en el momento del delito?  Sí  No  
 En caso afirmativo, ¿qué nivel de apoyo proporcionó el delincuente?  Completo  Parcial  Apoyo Cero

Ingreso mensual del acusado/infractor: \$ \_\_\_\_\_ \* *Proporcionar documentación de los ingresos/salarios del demandado (talones de cheques, declaraciones de impuestos, etc.)*

Ingreso mensual de la víctima: \$ \_\_\_\_\_ \* *Proporcionar documentación de los ingresos/salarios del demandado (talones de cheques, declaraciones de impuestos, etc.)*

**Fuentes de ingresos (marque todo lo que corresponda)                      Cantidad por mes**

*empleo:* \$ \_\_\_\_\_  
 *manutención de los hijos:* \$ \_\_\_\_\_  
 *cupones de alimentos:* \$ \_\_\_\_\_  
 *otro:* \$ \_\_\_\_\_

Proporcione el monto en dólares de los gastos mensuales pagados por cada parte en la tabla a continuación.

	<b><u>DEMANDADO PAGADO</u></b>	<b><u>TU PAGASTE</u></b>
<b>ALQUILER/HIPOTECA</b>	\$ _____	\$ _____
<b>GAS / ELÉCTRICO</b>	\$ _____	\$ _____
<b>AGUA/ALCANTARILLADO</b>	\$ _____	\$ _____
<b>TELÉFONO</b>	\$ _____	\$ _____
<b>ALIMENTO</b>	\$ _____	\$ _____
<b>OTRO (POR FAVOR LISTA):</b>	\$ _____	\$ _____
<b>TOTAL</b>	<b>\$ _____</b>	<b>\$ _____</b>

Número de dependientes: \_\_\_\_\_  
 Nombres y edades de los dependientes: 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_  
 4. \_\_\_\_\_

# PÉRDIDA DE APOYO - MUERTE DE LA VÍCTIMA

**PÉRDIDA DE APOYO :** La víctima debe haber sido la principal fuente de apoyo de la familia dependiente. La junta requiere la verificación de los ingresos de la víctima. La Junta puede considerar un máximo del 80% de los ingresos brutos de seis meses en función del empleo de la víctima. La víctima debe haber tenido un empleo legal. Los premios por pérdida de manutención se dividirán entre los dependientes sobrevivientes. La Junta puede solicitar verificación de dependencia (acta de nacimiento, decreto de divorcio/custodia, órdenes judiciales, etc.).

Nombre comercial del empleador de la víctima: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Ingreso mensual de la víctima: \$ \_\_\_\_\_ \* *Proporcionar documentación de los ingresos/salarios del demandado (talones de cheques, declaraciones de impuestos, etc.)*

¿La víctima le brindaba apoyo financiero en el momento del delito?      \_\_\_ Sí \_\_\_ No

En caso afirmativo, ¿qué nivel de apoyo brindaba la víctima?      \_\_\_ Completo \_\_\_ Parcial \_\_\_ Apoyo Cero

¿Los dependientes y la víctima residían juntos en el momento del delito?      \_\_\_ Sí \_\_\_ No

## **ENUMERE LAS PERSONAS QUE DEPENDÍAN TOTAL O PARCIALMENTE DEL SALARIO DE LA VÍCTIMA EN EL MOMENTO DE SU MUERTE.**

Número de dependientes: \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_  
Nombre (Primer Segundo Apellido)      Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Relación con la víctima      ¿es usted el guardián legal?      \_\_\_ Sí \_\_\_ No

2. \_\_\_\_\_  
Nombre (Primer Segundo Apellido)      Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Relación con la víctima      ¿es usted el guardián legal?      \_\_\_ Sí \_\_\_ No

3. \_\_\_\_\_  
Nombre (Primer Segundo Apellido)      Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Relación con la víctima      ¿es usted el guardián legal?      \_\_\_ Sí \_\_\_ No

4. \_\_\_\_\_  
Nombre (Primer Segundo Apellido)      Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Relación con la víctima      ¿es usted el guardián legal?      \_\_\_ Sí \_\_\_ No

5. \_\_\_\_\_  
Nombre (Primer Segundo Apellido)      Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Relación con la víctima      ¿es usted el guardián legal?      \_\_\_ Sí \_\_\_ No

¿Los dependientes tienen acceso a otras fuentes de ingresos?      \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Si, 'Sí', enumere el ingreso mensual TOTAL de los dependientes: \$ \_\_\_\_\_ \* *Proporcionar documentación de los ingresos/salarios del demandado (talones de cheques, declaraciones de impuestos, etc.)*

### **Sources of Income(check all that apply)      Amount per Month**

\_\_\_ Empleo:      \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_ Manutención de los hijos:      \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_ Cupones de alimentos:      \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_ Otro:      \$ \_\_\_\_\_

Inicie cada casilla

**LEA MUY CUIDADOSAMENTE, INICIALES EN CADA SECCIÓN, FIRMA Y ESCRIBE LA FECHA.**

*TODOS LOS SOLICITANTES, MAYORES DE 18 AÑOS, DEBEN PONER SUS INICIALES Y FIRMAR ESTA PÁGINA.*

**ROCESO DE SOLICITUD ALTERNATIVA:** Si cree que la Junta de Compensación de Víctimas del Distrito Judicial 21 no puede revisar imparcialmente su reclamo debido a una relación personal o profesional con dos o más miembros de la Junta, se enviará a otro distrito para su revisión. El Distrito Judicial 21 debe recibir una solicitud de revisión alternativa por escrito. Si se aprueba su reclamo, las facturas se pagarán desde el Distrito Judicial 21. Entiendo que esto puede retrasar el procesamiento de mi reclamo.

**CERTIFICADO DE SOLICITUD:** La información contenida en esta solicitud de Compensación para Víctimas de un Crimen es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que las declaraciones falsas proporcionadas o la documentación falsificada presentada pueden resultar en la denegación de mi reclamo y es punible por ley.

**RESPONSABILIDAD DEL DEMANDANTE:** Entiendo que soy responsable de mis facturas relacionadas con este delito y de la carga de proporcionar cualquier documentación a la Junta de Compensación para Víctimas del Delito para ayudar con la verificación de mi reclamo. También debo notificar a los proveedores de servicios de mi solicitud al Programa de Compensación para Víctimas del Crimen.

**COOPERATION:** Entiendo que mi falta de cooperación con la policía (policía, alguacil, fiscal, etc.) puede resultar en la denegación de mi reclamo.

**LIBERACIÓN DE FONDOS:** Por la presente, autorizo la liberación de los fondos que se me otorgaron en virtud de la Ley de Compensación para Víctimas del Crimen de Colorado para que se paguen directamente al (a los) proveedor(es) de servicios/reclamante de desembolso personal, según corresponda a mi reclamo. Entiendo que la aprobación de cualquier solicitud de reclamación está sujeta a la disponibilidad de fondos ya la discreción de la Junta. Entiendo que el Fondo de Compensación para Víctimas del Crimen es el pagador de último recurso.

**AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** He sido informado de C.R.S. § 24-4. 1-107.5- Confidencialidad de los Materiales. Entiendo que este comunicado autoriza a las entidades enumeradas a continuación a proporcionar materiales a la Junta de Compensación para Víctimas del Crimen, y que los materiales no pueden difundirse más sin mi aprobación u orden del tribunal, autorizo lo siguiente: Por la presente autorizo la divulgación de toda información de mi empleador, médico, hospital, Departamento de Servicios Humanos, abogado civil, proveedores de servicios médicos y/o de salud mental y/o cualquier otro acreedor o agencia con el fin de verificar los reclamos que he presentado para establecer la validez de un reclamo. Además, entiendo que cualquier información proporcionada puede estar sujeta a divulgación según la ley. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que ya se haya tomado una acción en base a ella. Mi firma autoriza la divulgación de toda la información especificada anteriormente. Una fotocopia o reproducción exacta de este comunicado firmado tendrá la misma fuerza y efecto que el original.

**REEMBOLSO DE PREMIO DE COMPENSACIÓN A VÍCTIMAS DEL DELITO:** Acepto reembolsar el Programa de Compensación para Víctimas del Crimen si se reciben pagos del infractor, incluida la restitución o acción civil, seguro o cualquier otro gobierno o agencia privada como compensación por esta lesión o muerte después de recibir el pago del Fondo de Compensación para Víctimas.

**DERECHO DE RECONSIDERACIÓN:** Si se deniega mi reclamo de compensación, se me notificará el motivo por escrito, entiendo que tengo derecho a solicitar una reconsideración por parte de la Junta de Compensación para Víctimas del Crimen y puedo hacerlo presentando una carta que aborde el motivo de la denegación como declarado en la carta. La Junta de Compensación para Víctimas del Crimen, a su discreción, puede realizar una audiencia para reconsiderar el reclamo denegado. Entiendo que la carga de la prueba recae sobre mí como solicitante para demostrar que el reclamo es razonable y compensable según la Ley de Compensación para Víctimas del Crimen de Colorado. En caso de que la Junta confirme la denegación después de la reconsideración, entiendo que puedo hacer que un tribunal de distrito revise la decisión de la Junta de acuerdo con las Reglas de Procedimientos Cíviles de Colorado dentro de los 30 días.

**SUBROGACIÓN:** Por la presente acepto informar de inmediato a la Junta del Fondo de Compensación para Víctimas del Delito cada vez que se espere o reciba una recuperación relacionada con el delito. De acuerdo con C.R.S. §24-4.1-116, prometo reembolsar la compensación para víctimas de delitos para cubrir las mismas pérdidas por las que recibí pagos del Fondo de compensación para víctimas de delitos. Reconozco y acepto que las fuentes de recuperación de este acuerdo de subrogación incluirán, entre otras, los siguientes tipos de fuentes de recuperación: restitución impuesta por un tribunal, sentencias civiles contra el infractor u otros terceros responsables/obligados, acuerdos de seguros, o liquidaciones/beneficios de cualquier otra agencia gubernamental o privada. Además, acepto y entiendo que ninguna parte de la recuperación del Fondo de Compensación para Víctimas del Crimen puede verse disminuida por los honorarios de cobro, los honorarios de los abogados o por cualquier otro motivo.

**La información proporcionada a la Junta de Compensación de Víctimas de Delitos del Distrito Judicial 21 puede ser descubierta en el caso penal.**

Yo, el solicitante de la Compensación a las Víctimas de Delitos del Distrito Judicial 21, por la presente declaro que la información proporcionada en esta solicitud es precisa.

Nombre impreso

Firma de la víctima o reclamante

Fecha