NORTH CAROLINA DEPARTMENT OF PUBLIC SAFETY

SOLICITUD DE COMPENSACIÓN A VÍCTIMAS

Sección 1:

DATOS DE LA VÍCTIMA

Se solicitan los datos de la víctima para propósitos de reportes a nivel federal.

Nombre de la víctima _____ Fecha de nacimiento de la víctima _____

Dirección postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Estado civil (seleccione uno) ◯ divorciado/a ◯ casado/a ◯ separado/a ◯ soltero/a ◯ viudo/a

Teléfono celular _____ Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____

Correo electrónico _____ # Seguro Social (últimos seis dígitos) _____ Género ◯ Masculino ◯ Femenino

Raza (seleccione una) ◯ Afroamericana ◯ Indio americano o nativo de Alaska ◯ De islas asiáticas o del Pacífico ◯ Blanca ◯ Hispana

Sección 2:

DATOS DEL RECLAMANTE

Llene esta sección si la víctima es un difunto/a, está incapacitado/a o es menor de edad.

La víctima (seleccione una) ◯ es un difunto/a ◯ está incapacitado/a ◯ es menor de edad

Nombre del reclamante _____ Fecha de nacimiento del reclamante _____

Dirección postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Parentesco con la víctima _____ # Seguro Social (solo los últimos seis dígitos) _____

Teléfono celular _____ Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____

Correo electrónico _____

Sección 3:

DATOS DE LA ASEGURADORA

Somos pagadores de último recurso; primero deben presentarse facturas a la aseguradora.

¿La víctima tenía cobertura de Medicare, Medicaid, de seguro médico o de salud? ◯ Sí ◯ No

Aseguradora _____ # Póliza _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Medicaid Núm. _____ Medicare Núm. _____

Breve descripción del suceso y de las lesiones sufridas: _____

_____

Sección 4:

INFORMACIÓN DEL DELITO

Llene la sección con toda la información solicitada; los casos basados en orden de detención deben presentar copia de dicha orden.

Tipo de delito (seleccione uno) ◯ agresión sexual por adulto ◯ agresión con lesiones ◯ abuso físico a un menor ◯ abuso sexual a menor ◯ agresión doméstica ◯ manejo bajo influencia alcohol/drogas ◯ atropello y fuga ◯ homicidio ◯ otro

Fecha del delito _____ Hora _____ Fecha reportada _____ Hora _____

Nombre de la agencia policial _____ Caso # _____

Sitio del delito _____

Ciudad _____ Condado _____

Nombre del infractor/a _____ Parentesco con la víctima _____

¿El caso ha llegado a tribunales? ◯ Sí ◯ No ¿Se ordenó restitución? ◯ Sí ◯ No Cantidad $ _____

Orden de detención # _____ Nombre del oficial investigador _____ Número de contacto _____

INFORMACIÓN DE LAS LESIONES

Continúa en la siguiente página

¿La víctima sufrió lesiones por el delito? ◯ No ◯ Sí (describir) _____

¿La víctima recibió tratamiento médico? ◯ No ◯ Sí (médico) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

CONTINUACIÓN

Adjuntar facturas médicas detalladas relacionadas con las lesiones sufridas por el delito. Si la víctima ha fallecido, adjuntar factura del funeral y copia del certificado de defunción.

Hospital donde se trató a la víctima _____

¿La víctima recibió consejería? ◯ No ◯ Sí (consejero/a) _____

Dirección _____ Ciudad _____Estado _____ Código postal _____

¿La víctima falleció por las lesiones del delito? ◯ No ◯ Sí

Nombre de la funeraria _____ Teléfono _____ Permiso federal # _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Sección 5:

TIPOS DE PÉRDIDA ECONÓMICA

Seleccione toda opción que aplique: víctima (v) reclamante (r)

◯ Funeral/entierro (v) ◯ Pérdida de salarios (v) ◯ Médica/dental (v) ◯ Consejería mental (v) ◯ Otra (v o r)

¿La víctima tenía empleo al momento del delito? ◯ Sí ◯ No (de no tenerlo, no llenar la información sobre el empleo)

Empleador _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____Estado _____ Código postal _____

Sección 6:

INFORMACIÓN ADICIONAL

Proporcionar cualquier otra información relacionada con el caso.

¿Se ha contratado a un abogado para representar a la víctima o al reclamante en una demanda civil relacionada con el delito?

◯ Sí ◯ No (nombre del abogado) _____

Dirección _____ Ciudad _____Estado _____ Código postal _____

¿Se presentó una demanda civil o se prevé presentar una demanda civil por el delito? ◯ Sí ◯ No

¿Ha solicitado alguna otra ayuda económica? ◯ Sí ◯ No (nombre de la agencia) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Seguro de automóvil de la víctima o del infractor _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Sección 7:

CERTIFICACIÓN

Leer con atención, fechar y firmar. Para firmar, se debe ser mayor de 18 años.

Se otorga esta autorización por un plazo de dos años, a partir de la fecha de hoy.

Autorizo a los Servicios de Compensación a Víctimas a solicitar y obtener cualquier información o archivo que sea necesario para determinar la elegibilidad de mi reclamo durante un plazo que no exceda el tiempo de procesamiento completo de esta solicitud.

Acepto que, de recuperar dinero por parte del infractor, o de cualquier otra fuente, como forma de pago por la lesión que sufrí, lo pagaré a los Servicios de Compensación a Víctimas; o bien, tal cantidad pudiera deducirse a la cantidad de compensación para la cual soy elegible.

Acepto que, de no informar de inmediato a los Servicios de Compensación a Víctimas acerca de la existencia de otros fondos constituyendo pago por las lesiones que sufrí, puede considerarse un caso de fraude y que los Servicios de Compensación a Víctimas puede reducir o denegar mi reclamo; o bien, puede iniciar la toma de medidas para recuperar fondos que hayan sido pagados anteriormente.

Acepto que los Servicios de Compensación a Víctimas puede pagar una compensación, relacionada con este reclamo, directamente a un proveedor por cualquier costo que no haya sido pagado.

Entiendo que proporcionar información falsa deliberada y conscientemente podría resultar en la desestimación del reclamo y/o en encarcelamiento de hasta cinco años.

Certifico, bajo pena de aplicación de la ley, que, a mi mejor saber y entender, la información contenida en esta solicitud es verdadera.

Al firmar abajo, usted certifica que la información anterior es verdadera y precisa. Además, al firmar abajo, usted acepta que comprende y reconoce que la sección 15B-7(b) de los Estatutos Generales de Carolina del Norte establece que una persona que, a sabiendas y deliberadamente, presente o intente presentar una declaración falsa o fraudulenta, o bien, si un oficial o un empleado estatal que, a sabiendas y deliberadamente, participe o ayude en la preparación o en la presentación de una solicitud falsa o fraudulenta, es culpable de un delito menor Clase 1 en el caso de que la solicitud sea por un reclamo menor a cuatrocientos dólares ($400.00). Si la solicitud es por un reclamo mayor de cuatrocientos dólares ($400.00), la persona es culpable de un delito mayor Clase I.

Firma _____ Nombre en letra de molde _____

Fecha _____

Enviar por correo postal a:
North Carolina Department of Public Safety Victim Compensation Services
4232 Mail Service Center, Raleigh, NC 27699-4232 | Phone: 919-733-7974 | Fax: 919-715-4209 | 1-800-826-6200 (NC)
www.ncdps.gov/dps-services/victim-services