

**ESTADO DE CAROLINA DEL NORTE  
COMPENSACION A VICTIMAS DEL CRIMEN  
SOLICITUD**

For Office Use Only \_\_\_\_\_

Date Received \_\_\_\_\_

<b>Sección 1:</b>  <b>Información De la víctima</b>	Nombre:				Fecha de nacimiento					
	Apellido		Nombre		Inicial					
	Dirección Postal									
	Ciudad		Estado		Código Postal		Estado Civil			
Número de Seguro Social				Teléfono del hogar ( )		Teléfono del trabajo ( )				
<b>Sección 2:</b>  <b>Información del Reclamante (Llene esta sección si la víctima: falleció, es menor ó es incapacitado)</b>	Favor seleccionar uno		La víctima es <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Menor de edad <input type="checkbox"/> Incapacitado							
	Nombre				Fecha de nacimiento					
	Apellido		Nombre		Inicial					
	Dirección Postal									
	Ciudad		Estado		Código Postal					
	Número de Seguro Social				Relación con la víctima					
Teléfono del hogar		( )		Teléfono del trabajo		( )				
<b>Esta información de la víctima es solo para reportes federales.</b>	Sexo	Masculino	<input type="checkbox"/>	Raza	Caucásico	<input type="checkbox"/>	Afro americano	<input type="checkbox"/>	Indio Americano	<input type="checkbox"/>
		Femenino	<input type="checkbox"/>		Asiático	<input type="checkbox"/>	Hispano	<input type="checkbox"/>	Indio de Alaska	<input type="checkbox"/>
<b>Sección 3:</b>  <b>Información Sobre el Seguro</b>  <b>Nosotros solo somos un último recurso para pagar. Toda factura tiene que ser presentada al seguro primero.</b>	¿Tenía la víctima Medicaid, Medicare ó Seguro Médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
	Nombre de la Compañía Seguro						Número de Póliza			
	Dirección Postal									
	Ciudad		Estado		Código Postal					
	Número de Medicaid						Número de Medicare			
	Describa lo sucedido brevemente y los daños sufridos.									
<b>Sección 4:</b>  <b>Información Del Crimen</b>	Tipo de Delito		<input type="checkbox"/> Asalto		<input type="checkbox"/> Abuso sexual a menor		<input type="checkbox"/> Asalto doméstico			
			<input type="checkbox"/> Homicidio		<input type="checkbox"/> Abuso físico a menor		<input type="checkbox"/> Accidente y abandona la escena			
			<input type="checkbox"/> Asalto Sexual Adulto		<input type="checkbox"/> DUI/DWI (Manejar embriagado)		<input type="checkbox"/> Otro			
	Fecha del Crimen		/ /		Hora		:		Día del Reporte	
									/ /	
									Hora	
									:	
	Nombre de Agencia Policial						Número de caso			
	Lugar del crimen						Ciudad		Condado	
	Nombre del agresor						Relación con la Víctima			
¿Radicó el caso en corte?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Se ordenó algún pago?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Cantidad \$		
Orden de Arresto Núm.				Nombre del Oficial Investigador						

Información de daño físico  Favor de enviar todas las facturas o recibos médicos ó funerales relacionados con el crimen y enviar copia del Certificado de Defunción.	¿Recibió la víctima daños en el crimen?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contesta Sí, describa		
	¿Recibió la víctima tratamiento médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si recibió, nombre del médico		
	Dirección	Ciudad	Estado	Código	
	Hospital donde fue tratado				
	¿Recibió la víctima consejería?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del consejero		
	Dirección	Ciudad	Estado	Codigo Po	
¿Falleció la víctima por los golpes recibidos?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre de la Funeraria		Teléfono	( ) -	No. Feder	
Dirección	Ciudad	Estado	Código		

<b>Sección 5:</b>  <b>TIPO DE BENEFICIOS</b> <b>(Llenar solo lo que corresponda)</b> <b>COMPLETE ESTA INFORMACION SI LA VICTIMA ESTABA EMPLEADA Y PERDIO EL TRABAJO O DIAS DE TRABAJO.</b>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de Salario	<input type="checkbox"/>	Funerales/Entierro	<input type="checkbox"/>	Consejería	<input type="checkbox"/>	Otro	
	¿Estaba la víctima empleada al momento del crimen?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	(Si contesta "No", favor de no completar esta parte)			
	Nombre del patrono		Apellido	Nombre	Inicial	Telefono:	( )		

<b>Sección 6:</b>  <b>INFORMACION ADICIONAL</b>  <b>(Favor proveer toda información adicional relacionada al caso)</b>	¿Ha radicado alguna demanda civil como resultado del crimen?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contesta "Sí", Nombre de su Abogado		
	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	
	¿Ha solicitado otra ayuda económica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contesta "Sí", Nombre de la Agencia		
	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	
	Seguro de auto de la víctima o del ofensor				
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal		

<b>Sección 7:</b> <b>CERTIFICACION</b> <b>Favor de leer cuidadosamente, firmar y escribir la fecha. Para firmar tiene que ser mayor de 18 años. Esta solicitud tiene que ser notarizada. Esta autorización es válida por un término de dos años desde esta fecha.</b>	Autorizo a la División de Compensación a Víctimas del Crimen, del Departamento de Control del Crimen y Seguridad Pública de Carolina del Norte, a obtener cualquier información médica o judicial a la vez que expedientes necesarios para determinar la elegibilidad de mi reclamación por un período de tiempo que no exceda el proceso total de esta. Estoy en total acuerdo que de recibir cualquier suma de dinero del ofensor o de cualquier otra fuente como pago por mis daños, se los devolveré a la División de Compensación de Víctimas del Crimen . Entiendo que de proveer cualquier información falsa para obtener algún beneficio, resultará en total rechazo de mi reclamación y a su cancelación, igual que me expongo a ser enjuiciado y cumplir cárcel hasta un período de cinco años. Cerifico bajo penalidad legal que toda la información contenida y suministrada en esta solicitud es verdadera a mi mejor entendimineto. Le devolveré a la División de Compensación a Víctimas del Crimen cualquier cantidad otorgada.				
	STATE OF NORTH CAROLINA COUNTY OF:				

Sworn to and subscribed before me the undersigned this the _____ day of _____, _____ (month) (year)  (Notary Public)  My Commission Expires _____  Dated this the _____ day of _____, _____ (month) (year)	_____ Victim (or Claimant's) Signature  _____ Residence Address  _____, _____, _____ City State Zip Code
--	---

**NORTH CAROLINA DEPARTMENT OF CRIME CONTROL AND PUBLIC SAFETY**  
**CRIME VICTIMS COMPENSATION COMMISSION**  
 4232 Mail Service Center  
 Raleigh, North Carolina 27699-4232  
 919-733-7974 OR 1-800-826-6200  
 Web Site: www.ncdps.gov/DPS-Services/Victim-Services