

Defensor de las víctimas y servicios disponibles

El texto a continuación le brinda información general sobre sus derechos como víctima de un delito y sobre los servicios disponibles para ayudarlo luego de ocurrido el delito. El defensor de las víctimas está disponible para ayudarlo a conocer y a entender sus derechos, ponerlo en contacto con servicios disponibles tales como asistencia psicológica o consejo de apoyo y para brindarle ayuda en el proceso de solicitar asistencia económica para pagar facturas por atención médica y otros gastos. Debido a que su caso puede implicar la interacción con muchas agencias estatales y locales, el defensor le brindará apoyo y consejos, así como ayuda para entender el sistema legal y cuáles son los próximos pasos en el proceso.

Programa de Asistencia para Compensación de Víctimas

Es posible que usted sea elegible para recibir ayuda económica para pagar los gastos directamente relacionados con el delito (por ejemplo: gastos médicos y de asistencia psicológica o consejo de apoyo, pérdida de ingresos, pérdida de apoyo o sostén económico, robo de dinero en efectivo, reubicación, funeral o limpieza del lugar de los hechos). Se adjunta un formulario de compensación.

Notificación de liberación del delincuente

Usted se puede inscribir para recibir notificaciones gratuitas, automáticas y confidenciales relativas al/a delincuente en su caso mientras éste/a se encuentre bajo la supervisión de cárceles del condado, prisiones estatales o libertad condicional estatal. Para obtener más información e inscribirse, llame al 1-866-9PA-SAVIN (1-866-972-7284).

Sus derechos como víctima de un delito

- Usted tiene derecho a recibir información sobre servicios básicos, incluyendo su elegibilidad para recibir asistencia económica.
- Usted tiene el derecho de aportar información para la toma de decisiones antes y después de dictarse la sentencia, así como con relación a la liberación, libertad condicional, tratamiento en la comunidad y permiso para salir a trabajar del delincuente, entre otros temas.
- Si el abusador identificado en la orden de Protección contra el abuso (por sus siglas en inglés, PFA) es encarcelado, ya sea por una violación de la orden o por un delito de daños corporales contra una víctima protegida por la orden, usted tiene derecho a recibir la notificación inmediata de su liberación bajo fianza.
- Usted tiene derecho a conocer los detalles del resultado final de su caso.
- Usted tiene derecho a ir a todos los procesos judiciales en el juzgado en lo penal acompañado por un miembro de su familia, un defensor de víctimas o una persona de los servicios de apoyo.
- Usted tiene derecho a ser informado sobre la condición o estado del delincuente, incluyendo su liberación bajo fianza, fuga, liberación y arresto.
- Usted tiene derecho a recibir ayuda para preparar una declaración de impacto en la víctima, ya sea oral o escrita.

Para obtener más información sobre sus derechos, visite www.pacrimevictims.com o llame a cualquiera de los proveedores locales de servicios de protección a las víctimas mencionados aquí.

www.pacrimevictims.com

Notificaciones judiciales

Si la oficina del fiscal del distrito ha entablado acciones legales por el delito del que usted fue víctima y desea recibir notificaciones a medida que el caso avance en el proceso judicial, infórmele a su defensor.

Programa de Confidencialidad del Domicilio

Es posible que usted sea elegible para inscribirse en el Programa de Confidencialidad del Domicilio (por sus siglas en inglés, ACP) si es víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acoso/acecho. Para obtener más información sobre el programa ACP, comuníquese con el programa de servicios de protección a las víctimas de su área o llame al programa ACP al 1-800-563-6399.

Derechos de las víctimas de violencia doméstica

Si usted es víctima de violencia doméstica, tiene el derecho de acudir a los tribunales y presentar una petición para que se le otorgue una orden de protección contra el abuso doméstico de conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23 de los Estatutos Consolidados de Pennsylvania [por sus siglas en inglés, Pa. C.S.], Capítulo 61), la cual puede incluir lo siguiente:

- Una orden que le prohíba al abusador cometer otros actos de abuso.
- Una orden que le exija al abusador abandonar la vivienda donde usted reside.
- Una orden que le impida al abusador ingresar a su lugar de residencia, escuela, negocio o lugar de empleo.
- Una orden que le otorgue a usted o al otro padre/madre la custodia temporal de su(s) hijo(s) o un régimen temporal de visitas.
- Una orden que le exija al abusador pagarles a usted y a los hijos menores de edad la pensión alimenticia/manutención de menores si el abusador tiene la obligación legal de hacerlo.

Ley de Protección para Víctimas de Violencia Sexual o Intimidación (PSVI)

La Ley de Protección para Víctimas de Violencia Sexual o Intimidación (Protection of Victims of Sexual Violence or Intimidation, PSVI) (42 Pa. C.S. Sección 62A) les garantiza a las víctimas de intimidación o violencia sexual el derecho de solicitar una orden judicial. Mediante esta orden, se exige al agresor que se aleje de la víctima, ya sea que esta solicite un proceso penal o no.

La Ley de PSVI incluye dos tipos de órdenes judiciales:

Se puede solicitar una **Orden de Protección contra la Violencia Sexual** (Sexual Violence Protection Order, SVPO) para adultos y menores (niños menores de 18 años) víctimas de violencia sexual. Mediante las SVPO, se exige al agresor que se aleje de la víctima. Se les puede otorgar una SVPO a las víctimas de violencia sexual que no tengan una relación íntima con el agresor, no sean familiares, ni vivan en la misma casa.

Se puede solicitar una **Orden de Protección contra Intimidaciones** (Protection From Intimidation Order, PFIO) para menores (niños menores de 18 años) a fin de protegerlos del hostigamiento y acoso de un agresor de 18 años o mayor. Se puede otorgar una PFIO a las víctimas que no tengan una relación íntima con el agresor, no sean familiares, ni vivan en la misma casa.

Asistencia a las víctimas/testigos

En los casos de víctimas de delitos cometidos por un delincuente adulto (que tenga 18 años de edad o más), esta oficina le puede brindar información sobre sus derechos y sobre lo que pueden hacer para ayudarle.

Asistencia a las víctimas/testigos en casos de tribunales de menores

Esta agencia le puede brindar información sobre los derechos y los servicios para las víctimas cuando el delincuente tiene menos de 18 años de edad en el sistema judicial de menores y en la comunidad.

Violencia doméstica

Además de servicios de asistencia psicológica o consejo de apoyo, defensoría legal y para la salud, refugio o alojamiento de emergencia y planificación de seguridad, esta organización le puede ayudar a presentar una orden de Protección contra el abuso (por sus siglas en inglés, PFA). Una PFA es una orden judicial emitida por un juez que puede ayudar a brindarles a usted y a sus hijos protección contra un abusador. Debido a que la presentación de una solicitud de PFA puede ser diferente en cada condado, es importante que usted se comunique con la organización local que se indica aquí. También está disponible el servicio de una línea telefónica directa (en inglés, hotline) durante las 24 horas, todos los días de la semana.

Agresión sexual

Los centros de ayuda para crisis por violación ofrecen un número de atención para personas en crisis disponible las 24 horas, consejo de apoyo, apoyo médico y legal y acompañamiento al hospital, la estación de policía y procedimientos judiciales para víctimas de violencia sexual y sus parejas. Todos los servicios proporcionados son gratuitos, confidenciales y están disponibles para adultos, adolescentes y niños de cualquier género. Su agencia local para víctimas de agresión sexual mencionada aquí puede ayudarlo a presentar una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en caso de haber sido víctima de agresión sexual cometida por un agresor que no sea miembro de su familia, ni mantenga una relación íntima con usted.

MADD-DUI

Estas son las siglas en inglés de “Madres contra la conducción en estado de ebriedad” y “Conducir bajo la influencia de las drogas y el alcohol”, respectivamente. Esta agencia puede brindarle asistencia psicológica o consejo de apoyo, apoyo, información y servicios de derivaciones o referidos para las víctimas de accidentes causados por DUI y sus familias.

Abuso de menores

Esta agencia puede brindarle asistencia psicológica o consejo de apoyo, información y servicios de derivaciones o referidos para niños abusados y desatendidos y sus familias.

Abuso de personas mayores

Esta agencia puede brindarle asistencia psicológica o consejo de apoyo, alojamiento y servicios de protección para las víctimas de edad avanzada y sus familias.

Orden de Protección contra Intimidaciones

Dado que presentar una Orden de Protección contra Intimidaciones puede ser diferente en cada condado, es importante que se comunique con la organización mencionada aquí para obtener información sobre cómo presentar esta orden.

DEPARTAMENTO DE POLICÍA _____
NÚMERO DEL INCIDENTE _____
NOMBRE Y APELLIDO DEL FUNCIONARIO _____

SERVICIOS PARA LAS VÍCTIMAS _____
OFICINA DEL FISCAL DE DISTRITO _____
FECHA _____

Oficina de Servicios a las Víctimas

Dirección Postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108- 1167

Calle:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Número de Teléfono y de Fax:
(800) 233-2339
(717) 783-5152
(717) 787-4306 (FAX)

Sitio web: www.pacrimevictims.com

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada arriba o puede presentarlo en línea en www.dave.pa.gov

Formulario Corto del Programa de Asistencia de Indemnización a las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para una indemnización si:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito fue denunciado a las autoridades correspondientes dentro de los 3 días o se presentó una orden de Protección contra el Abuso dentro de los 3 días desde que ocurrió el delito.
- Usted coopera con las autoridades del orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Indemnización a las Víctimas para procesar el reclamo.
- La denuncia se presenta dentro de 2 años luego del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es un menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquiera de los gastos enumerados a continuación. Si es mayor de 60 años, no existe un requerimiento de pérdida mínima.

Puede otorgarse una indemnización por:

- Gastos Médicos
- Gastos de Terapia
- Pérdida de Ingreso
- Pérdida de Sustento
- Gastos de Reubicación
- Gastos Funerarios
- Limpieza de la Escena del Delito
- Gastos de Transporte
- Cuidado Infantil
- Gastos de Cuidados de Salud Domiciliar
- Efectivo Robado (si su principal fuente de ingresos es la Jubilación del seguro social, Ingreso por Discapacidad, Ingreso Suplementario, Beneficios de Sobrevivientes, Jubilaciones/Pensiones, Discapacidad o Pensión Alimenticia para el Cónyuge o Hijo ordenada por un Tribunal)

Una indemnización máxima no deberá exceder los \$35,000; sin embargo, ciertos beneficios, como la terapia o la limpieza de la escena del delito, pueden pagarse excediendo el máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El Programa no cubre:

- Daño moral.
- Objetos robados o dañados (excepto el reemplazo de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que un reclamo no cumple los requisitos o se puede reducir una indemnización si la conducta de la víctima contribuyó a la lesión.

(800) 233-2339

AYUDA A LAS VÍCTIMAS DEL DELITO EN PENNSILVANIA

www.pacrimevictims.com

Formulario Corto del Programa de Asistencia de Indemnización a las Víctimas

Su cooperación con el Programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a procesar su reclamo de forma oportuna.

TENGA EN CUENTA: No debe esperar a que el juicio termine o a recibir todas las facturas para presentar un reclamo. Puede presentar un reclamo si no se conoce el agresor o si no se ha llevado a cabo ningún arresto.

Instrucciones generales para presentar un reclamo:

- En letra de imprenta clara.
- Complete solo las secciones que aplican a su reclamo.
- Proporcione una dirección precisa y un número de teléfono seguro al cual se lo pueda contactar durante el día.
- Proporcione la mayor cantidad de documentos solicitados al presentar su reclamo. Puede presentar su reclamo incluso si no cuenta con todos los documentos requeridos. El Programa puede requerir información adicional una vez que se recibe el reclamo.
- Firme el Acuerdo de Reconocimiento y Reembolso y las secciones de Autorización para Obtener Información en el dorso del formulario de reclamo.
- Si desea ayuda para presentar su reclamo puede contactar al Programa de Servicio a la Víctima que figura en el dorso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede contactar al Programa de Asistencia de Indemnización a las Víctimas al (800) 233-2339 para recibir ayuda.

Tenga en cuenta: Es importante que informe al Programa si cambia su dirección o número de teléfono. Para procesar su reclamo, debemos poder contactarlo.

El Programa de Asistencia de Indemnización a las Víctimas es el responsable de pago de última instancia. Esto significa que su indemnización se reducirá por el dinero que recibe de cualquier otra fuente como resultado del delito, por ejemplo del seguro, compensación y resoluciones de procedimientos civiles, inclusive dinero recibido por daño moral.

Realizaremos el mayor esfuerzo para procesar su reclamo lo más rápido y eficientemente posible.

Fecha en que se envió el reclamo _____ (quédese con esta página para su información)

Formulario Corto del Programa de Asistencia de Indemnización a las Víctimas

(Solo para Uso Oficial) N.º de Reclamo _____

Complete toda la sección de este formulario. Para procesar su reclamo, debemos poder contactarlo.

Información de la Víctima

Masculino Femenino

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ N.º SS _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Condado _____ Teléfono Seguro durante el Día _____ Otro Teléfono Seguro _____

Información del Reclamante

Si el reclamante es la víctima, escriba "MISMO". Si otra persona que no es la víctima está presentando el reclamo, complete toda la sección.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ N.º SS _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Condado _____ Teléfono Seguro durante el Día _____ Otro Teléfono Seguro _____
 Masculino Femenino Relación con la Víctima _____

Información del Delito

Fecha del Delito ____/____/____ Fecha en que se Denunció a la Policía ____/____/____ o Fecha en que se presentó la Protección Contra el Abuso ____/____/____ ¿Fue un delito de violencia doméstica? sí no ¿El delito involucró un automóvil? sí no ¿El delito ocurrió en el trabajo? sí no
 Ubicación del delito (nombre de la calle y numero si se sabe) _____
 Ciudad _____ Estado _____ Condado _____
 Departamento de Policía _____ N.º de Incidente Policial _____
Persona(s) que cometió/cometieron el delito _____
Describe brevemente el delito y las lesiones: _____

Complete la(s) sección(es) del/de los beneficio(s) al/a los que aplica y proporcione toda la información requerida posible en este momento. El Programa puede requerir información adicional cuando se reciba el reclamo.

Beneficio: Gastos Médicos/de Terapia

¿Incurrió en gastos medicos? sí no
 ¿Incurrió en gastos de terapia? sí no
Proporcione facturas médicas o de terapia específicas
 ¿Posee un seguro para cubrir sus gastos médicos/de terapia?
 sí no
 Si la respuesta es sí, proporcione las declaraciones de beneficios del seguro que muestren el paso o rechazo de pago para estas facturas.

Beneficio: Gastos Funerarios/Pérdida de Apoyo

¿Incurrió en gastos funerarios? sí no
 ¿Recibió dinero debido al fallecimiento? (Beneficios de Veterano, seguro de vida, Seguridad Social) sí no
 Usted u otros dependía(n) financieramente de la víctima fallecida? sí no
 Proporcione copias específicas de las facturas/recibos del funeral y declaraciones de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Lucro Cesante

¿Debió faltar al trabajo y perdió su paga? sí no
 Fechas en las que no fue a trabajar ____/____/____ al ____/____/____ Nombre, dirección y número de teléfono del empleador:

 Teléfono, dirección y número de teléfono del médico que pueda verificar que no fue a trabajar por el delito:

Beneficio: Efectivo Robado

¿Le robaron dinero? sí no
 Monto de dinero robado \$ _____
 Uno de los siguientes beneficios debe ser su principal fuente de ingresos para denunciar efectivo robado. Marque los encasillados que correspondan.
 Beneficio de Seguridad Social Jubilaciones/Pensiones
 Discapacidad Pensión Alimenticia para el Cónyuge o Hijo ordenada por un Tribunal. Proporcione una copia de su declaración de beneficios mensual y el año del delito.
 ¿Posee un seguro de propietario/inquilino? sí no
 Si la respuesta es sí, proporcione una copia de la página de declaración del seguro.
 ¿Debe presentar declaración de impuestos del Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés)? sí no
 Si la respuesta es sí, proporcione una copia de sus declaraciones de impuestos más recientes.

Formulario Corto del Programa de Asistencia de Indemnización a las Víctimas

Acuerdo de Reconocimiento y Reembolso

Debe firmar el Acuerdo de Reconocimiento y Reembolso antes de que comience el proceso de verificación del reclamo.

Mi firma a continuación indica que entiendo cada una de las siguientes afirmaciones o cuestiones de derecho:

La decisión de aprobar mi reclamo es del Programa. Puedo objetar a toda o parte de la decisión del Programa por escrito dentro de los 30 días desde la fecha de la decisión. Debo comprobar el monto exacto de mis pérdidas antes de que el Programa considere otorgar una indemnización del Fondo de Indemnización de Víctimas del Delito. Puedo reclamar reembolso por gastos adicionales incurridos relacionados con el delito. Mi reclamo puede rechazarse si no coopero por completo con las agencias del orden público, los tribunales y el Programa o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Si realizo un reclamo falso, sería un delito criminal que se considera delito menor en virtud del Artículo 11.1303 de la Ley sobre las Víctimas de Delitos. Si realizara una afirmación falsa en este formulario de reclamo con la intención de que el Programa llegue a conclusiones erróneas, cometería un delito penal punible como delito menor en virtud del Artículo 4904 del Título 18 de los Estatutos Consolidados de Pensilvania (Pa. C.S., por sus siglas en inglés).

Entiendo que el Fondo de Indemnización de Víctimas del Delito es el responsable de pago de última instancia. Acepto específicamente informar al Programa y reintegrar al estado cualquier fondo que pueda haber recibido por otra fuente que no se haya considerado ya, como resultado del delito y a los fines de la indemnización. Es decir, acepto reintegrar cualquier fondo que reciba del agresor, o cualquier otra persona o fuente, que me indemnice por el daño sufrido, incluida cualquier indemnización por daño moral. Asimismo acepto que si en cualquier momento se determina que el reclamo es erróneo, falso o fraudulento, reintegraré al Programa el monto total del dinero pagado por el Programa.

X _____

Firma del Reclamante

Fecha

Autorización para Obtener Información

Debe firmar esta Autorización para Obtener Información antes de que comience el proceso de verificación del reclamo.

Por la presente autorizo, conforme a las disposiciones de privacidad de la HIPAA (Ley de Contratación y Responsabilidad en los Seguros de Salud, Artículo 1320d y siguientes del Título 42 del Código Federal de los EE. UU. [USC, por sus siglas en inglés]) a cualquier hospital, médico, prestador de atención médica u otra persona que atendió o examinó a (nombre en letra imprenta de la víctima)

_____ ; cualquier director de funeraria u otra persona que haya prestado servicios relacionados; cualquier empleador de la víctima o reclamante; cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas autoridades fiscales estatales o federales; cualquier compañía de seguros; o cualquier organización que tenga información relevante facilitar a la Oficina de Servicios a las Víctimas, al Programa de Asistencia de Indemnización a las Víctimas, toda y cualquier información en su posesión respecto del delito que es la base de este reclamo. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original.

X _____

Firma del Reclamante

Fecha

Representación por Otros

Lo representa un abogado en este asunto:

¿En la presentación de este reclamo de indemnización? sí no ¿En un proceso judicial civil? sí no
¿En una acción relacionada con el seguro? sí no

Recomendación

¿Quién lo refirió al programa de indemnización? Hospital Fiscal Póster/Folleto
 Policía Programa de Servicio a la Víctima Otro (Identificar) _____

Información del Programa de Servicio a la Víctima

Para ayuda en la presentación de su reclamo, llame a la agencia que figura aquí.
Si no se indica ninguna agencia, llame al (800) 233-2339 para recibir asistencia.

Información estadística sobre la víctima

La siguiente información se utiliza solamente con fines estadísticos. Esta sección es estrictamente voluntaria.

Raza:

Blanco Negro Hispano Nativo Americano/Nativo de Alaska Asiático/Isleño del Pacífico Otra

País de Nacimiento _____

¿Tiene una discapacidad?

sí no Si la respuesta es sí, indique la naturaleza de la discapacidad: Física Mental Discapacidad del Desarrollo

Dirección Postal:

P.O. Box 1167, Harrisburg, PA 17108-1167

Número de Teléfono y de Fax: (800) 233-2339

(717) 783-5153

(717) 787-4306 (FAX)

Domicilio:

3101 North Front Street, Harrisburg, PA 17110

Sitio web: www.pacrimevictims.com

Programa de Compensación y Ayuda a las Víctimas

P. O. Box 1167

Harrisburg, PA 17108- 1167

(800) 233-2339

(717) 783-5153

(717) 787-4306 Fax

***El reconocimiento de reembolso y autorización tienen que ser firmado antes de que la reclamación pueda ser procesada.**

En la mayoría de los casos se requieren dos firmas. Si la víctima es mayor de 14 años, el o ella también tiene que firmar y entonces se requieren tres firmas.

RECONOCIMIENTO Y ACUERDO DE REEMBOLSO

Mi firma abajo significa que yo entiendo cada uno de los documentos o puntos de leyes:

El Programa es el que toma la decisión de aprobar mi reclamación. Yo puedo objetar la decisión tomada por el Programa por escrito durante los siguientes 30 días empezando desde el día en que la decisión fue tomada y puedo someter documentación suplementaria. Yo puedo reclamar el reembolso de costos adicionales debido al crimen. Debo verificar la cantidad exacta de mi pérdida antes de que el Programa considere compensarme del Fondo de Compensación a las Víctimas del Crimen. Mi reclamación puede ser denegada si no coopero con el Programa y sus agentes o mantengo una dirección postal válida con el Programa. Si someto una reclamación falsa, esto es una ofensa criminal punible de delito menor como se menciona en la sección 1303 del Acta de Víctimas del Crimen. Si yo fuera a hacer una declaración falsa en esta reclamación con la intención de engañar al Programa, sería considerado una ofensa criminal punible de delito menor como se menciona en 18 PA.C.S. & 4904.

Yo entiendo que el Programa de Compensación a las Víctimas del Crimen es el último recurso de pago. Yo estoy de acuerdo en informar al Programa y devolver al Gobierno cualquier dinero que reciba de cualquier otro recurso como resultado del crimen cometido y de acuerdo a la compensación recibida. Por lo tanto, estoy de acuerdo en devolver cualquier dinero que reciba del acusado, cualquier persona o recurso, que me recompense por el daño causado, incluyendo cualquier compensación por dolor y sufrimiento. Yo también estoy de acuerdo en que si la reclamación es determinada en cualquier momento como un error, falsa o fraudulenta, yo reembolsaré al Programa todo el dinero pagado por el Programa.

Firma del Reclamante

Fecha

***El reconocimiento tiene que ser firmado antes de que la reclamación pueda ser procesada.**

AUTORIZACION

Yo por la presente autorizo, de acuerdo con las regulaciones de privacidad bajo HIPPA, a cualquier hospital, médico o otra persona o institución médica que me haya examinado (nombre de la víctima) _____; cualquier director de funeraria o otra persona que ofreció servicios similares, cualquier empleador de la víctima o del reclamante; policía o agencia gubernamental; incluyendo las autoridades de impuestos Estatal y Federal; cualquier compañía de seguros; o cualquier organización que tenga conocimiento, para proveer a la Oficina de Servicios a las Víctimas, Programa de Compensación y Ayuda a las Víctimas, toda información que posean con relación al incidente que es básico para este reclamo. Copias de esta autorización pueden ser usadas en lugar de la original.

Firma del Reclamante

Fecha

Firma de la víctima (si es mayor de 14 años)

Fecha

Recepción de información

Acepto que he recibido mis derechos básicos como víctima de un delito y la información sobre los servicios relacionados que están disponibles para mí.

NOMBRE Y APELLIDO

FIRMA

_____/_____/_____
FECHA

NÚMERO DEL INCIDENTE

NÚMERO DE CONTACTO SEGURO

(La Policía se quedará con la copia debidamente completada y firmada de este formulario).