

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 número 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