



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
# Seguro Social (solo los últimos seis dígitos) \_\_\_\_\_ Género [ ] Masculino [ ] Femenino
Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_
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 de casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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 la Oficina de Servicios 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 la Oficina de Servicios 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 la Oficina de Servicios a Víctimas acerca de la existencia de otros fondos constituyendo pago por las lesiones que sufrí, puede considerarse un caso de fraude y que la Oficina de Servicios 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 la Oficina de Servicios 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 a abajo, usted certifica que la información anterior es verdadera y precisa. Además, al firmar a 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 Office of Victim 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](http://www.ncdps.gov/dps-services/victim-services)