



Solicitud de Compensación para Víctimas del Crimen

Primer Distrito Judicial – Condados de Jefferson y Gilpin
500 Jefferson County Parkway
Golden, CO 80401
Teléfono: (303) 271-6846
Fax: (303) 271-6785
Correo Electrónico: da-cvc@jeffco.us

Para Uso de la Oficina Solamente
No. de Reclamo _____

Solicitud Actualizada: 05/1/2023

El Programa de Compensación para Víctimas del Crimen (CVC) opera según C.R.S. §24-4.1-101 y siguientes.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD:

- El delito debe ser uno en el que la víctima sostenga lesiones mentales o corporales, muera o sufra daños a la propiedad en términos de cerraduras, ventanas o puertas de la propiedad residencial como resultado de un delito compensable.
- La víctima deberá cooperar con las autoridades judiciales y policíacas (fiscal de distrito, policía, sheriff, etc.)
- El crimen fue reportado a una agencia de la policía dentro de 72 horas luego de haber ocurrido el crimen.
- La lesión o muerte de la víctima no fue el resultado de algún delito o provocación sustancial por parte de la víctima.
- La victimización ocurrió después del 1 de julio de 1982.
- La solicitud para recibir compensación deberá ser presentada dentro de un año a partir de la fecha del crimen; seis meses para reclamos por daños a la propiedad residencial.
- El crimen ocurrió en el Condado de Jefferson o Gilpin, o, la víctima es residente del Condado de Jefferson o Gilpin, pero el crimen ocurrió en un estado o país que no tiene un programa de CVC.

NOTA: La Junta de Compensación para Víctimas del Crimen puede dispensar algunos de estos requisitos por una buena causa o en el interés de la justicia.

INFORMACIÓN GENERAL:

- No es necesario que se realice un arresto o que se presenten cargos para que una víctima sea elegible para recibir compensación.
- Se puede recibir compensación para servicios de consejería de salud mental, cursos de autodefensa, gastos médicos/dentales, dispositivos médicamente necesarios (dentaduras, anteojos, audífonos, prótesis), apoyo al hogar, puertas/cerraduras/ventanas residenciales exteriores, gastos funerarios, pérdida de apoyo a dependientes en caso de muerte, pérdida de ingresos, modificaciones/sistema de seguridad y limpieza de la escena del crimen.
- Las solicitudes deberán estar directamente relacionadas al crimen reportado a la policía. Los servicios pueden ser limitados por política de CVC.
- Se puede otorgar compensación por daños a la propiedad para la reparación o reemplazo de puertas, cerraduras y ventanas *residenciales exteriores* que hayan sido dañadas durante la comisión del crimen.
- Por ley, usted deberá solicitar todas las demás fuentes de asistencia financiera o reembolso disponibles, incluyendo seguros privados, Medicaid, Medicare, etc.

- Por favor, adjunte *facturas detalladas* y recibos que estén directamente relacionadas con el crimen. Usted puede solicitar compensación aun si no ha recibido una factura, pero envíe *facturas detalladas* a medida que las reciba.
- Su reclamo será investigado y presentado a la Junta de Compensación para Víctimas del Crimen. Este proceso puede tardar hasta 60 días.
- La recuperación total no puede exceder el límite legal de \$30,000. La compensación para algunas categorías está limitada por política de la Junta. Se le notificará por escrito de la decisión de la Junta y de pagos realizados a los proveedores.
- En caso de que su reclamo sea negado, usted tiene derecho a solicitar reconsideración de la decisión de la Junta y tiene derecho a presentar información nueva o adicional relacionada con la(s) razón(es) por parte de la Junta de la negación o reducción de su reclamo. Usted puede presentar una solicitud escrita para obtener reconsideración al Administrador del CVC dentro de 30 días a partir de la fecha de la carta de negación o reducción de su reclamo. Si usted solicita que se reconsidere la decisión de la Junta, se le enviará más información sobre la reconsideración por correo. En caso de que la negación sea confirmada por la Junta, usted tiene derecho a que la decisión de la Junta sea revisada de acuerdo con las Reglas de Procedimiento Civil de Colorado dentro de un plazo de 30 días.
- El Programa de Compensación para Víctimas del Crimen no discrimina a base de raza, color, origen nacional, religión, género, discapacidad, edad u orientación sexual.
- Las personas con discapacidades auditivas o visuales pueden comunicarse con el programa de CVC por teléfono, correo, correo electrónico, en persona o a través de un delegado para solicitar asistencia para presentar una solicitud de CVC.
- Para solicitar una solicitud en algún idioma distinto al inglés o español, póngase en contacto con el programa CVC por teléfono, correo, correo electrónico, en persona o a través de un delegado.
- Todos los materiales recibidos, realizados o conservados por el programa de CVC relacionados con alguna solicitud al CVC presentada bajo el C.R.S. 24-4.1-100.1 son confidenciales. Los documentos del CVC solamente se pueden compartir en conformidad con el C.R.S. 24-4.1-107.5. Para crímenes que caen bajo la Enmienda de Derechos de Víctimas (“Victim Rights Amendment”), las víctimas serán notificadas por el Fiscal de Distrito si se emite una citación para compartir sus documentos de CVC.
- Si necesita asistencia financiera de emergencia, comuníquese con la agencia de la policía en donde se reportó el crimen y pregunte sobre asistencia financiera de emergencia.
- Si sus facturas relacionadas con un crimen han sido entregadas a cobros, o para recibir más información sobre el CVC, por favor llame al: 303.271.6846 o envíe un correo electrónico al: da-cvc@jeffco.us

SECCIÓN 1- INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA: (Por favor, complete todos los blancos. Solicitudes incompletas podrán retrasar el procesamiento.)

Víctima Primaria Víctima Secundaria

La persona que fue lesionada o asesinada es considerada la víctima principal. Una víctima secundaria es alguien con una relación cercana con la víctima o alguien que es testigo del crimen.

Nombre de la Víctima (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido) Fecha de Nacimiento Edad cuando ocurrió el crimen

Dirección Postal

Ciudad, Estado y Código Postal

Género: Masculino Femenino
 Otro _____

Teléfono Primario

Teléfono Secundario

Correo Electrónico

La siguiente información será utilizada para propósitos de estadísticas solamente. Esta información es necesaria para cumplir con reglamentos Federales.

Raza:	Fuente de Referencia:	¿Discapacitado antes del crimen?
<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Representante de Víctimas de la Policía	Mentalmente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Representante de Víctimas del Fiscal del Distrito	Físicamente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Centro de Defensa de Niños	
<input type="checkbox"/> Caucásico / Blanco No-Latino	<input type="checkbox"/> Oficial de la Policía	
<input type="checkbox"/> Hispano / Latinoamericano	<input type="checkbox"/> Servicios Humanos	
<input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico / Natural de Hawaii	<input type="checkbox"/> Hospital / Centro Médico	
<input type="checkbox"/> Raza Múltiple	<input type="checkbox"/> Proveedor de Salud Mental	
<input type="checkbox"/> No deseo responder	<input type="checkbox"/> Otro _____	

SECCIÓN 2- INFORMACIÓN DEL/DE LA RECLAMANTE:

*Por favor, complete solamente si la persona que presenta la solicitud no es la víctima, o sea, si la víctima es menor de edad, ha fallecido, o está discapacitada.

Nombre del/de la Reclamante (Padre/Madre/Guardián/Familiar)	Relación con la Víctima	Fecha de Nacimiento
Dirección Postal		Ciudad/Estado/Código Postal
Teléfono Primario	Teléfono Secundario	Correo Electrónico

SECTION 3- INFORMACIÓN SOBRE EL CRIMEN:

Tipo de Crimen (marque todos los que apliquen)

<input type="checkbox"/> Violencia Doméstica	<input type="checkbox"/> DUI, Asalto Vehicular/ Homicidio, Algún Otro Delito Vehicular
<input type="checkbox"/> Asalto	<input type="checkbox"/> Abuso Físico de Menores
<input type="checkbox"/> Robo/Delito contra la Propiedad	<input type="checkbox"/> Agresión Sexual contra un Menor
<input type="checkbox"/> Agresión Sexual contra un Adulto	<input type="checkbox"/> Robo <input type="checkbox"/> Incendio provocado <input type="checkbox"/> Secuestro
<input type="checkbox"/> Asesinato/Homicidio <input type="checkbox"/> Intento de asesinato/homicidio	<input type="checkbox"/> Otro _____

Fecha del Crimen: _____ Fecha en que el Crimen se Reportó: _____
 Nombre del Perpetrador: _____ Relación del Perpetrador con la Víctima: _____
 Agencia de la Policía en Donde se Reportó el Crimen: _____ Número de Caso de la Policía: _____
 Oficial de la Policía Asignado: _____ Número de Caso del Tribunal: _____
 Condado en Donde Ocurrió el Crimen: _____ ¿Ocurrió el Crimen en el Trabajo? Sí No

SECCIÓN 4-DEMANDA CIVIL:

¿Está planeando demandar a la(s) persona(s) responsable(s) por esta lesión, su(s) seguro(s) o su(s) negocio(s)? Sí No

Si dijo que sí, por favor, proporcione la siguiente información:

Nombre de su Abogado Civil: _____

Dirección Postal	Ciudad/Estado/Código Postal	Número de Teléfono
------------------	-----------------------------	--------------------

NOTA: La Junta de Compensación para Víctimas del Crimen deberá ser notificada sobre cualquier acción civil y deberá ser proporcionada con evidencia escrita de la cantidad del acuerdo judicial.

SECCIÓN 5- SEGUROS/INFORMACIÓN SOBRE FUENTES COLATERALES:

Por ley, el CVC es el pagador de último recurso. Usted está obligado a enviar todas las facturas a su compañía de seguros u a otra fuente de garantía colateral relacionada con su solicitud de asistencia; verifique todas las fuentes de pagos alternativos de facturas enviadas a CVC.

FUENTE:	SÍ	NO	NO SÉ	Nombre de la Compañía de Seguro / #Póliza / #Teléfono / Cantidad del Deducible
Seguro Privado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medicaid/CHP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medicare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Seguro de Grupo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Programa de Indigentes de Colorado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Compensación a Trabajadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Seguro por Discapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Seguro de Automóvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Seguro de Propietario/ Arrendatario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SECCIÓN 6- SOLICITUD PARA RECIBIR SERVICIOS: Verifique cada categoría para la cual está solicitando asistencia, y proporcione la información pedida dentro del bloque abajo. Incluya copias de facturas detalladas con esta solicitud. Envíe cualesquiera facturas adicionales relacionadas con el crimen a medida que las reciba. Tenga en cuenta que pueden aplicar requisitos de elegibilidad adicionales. Por favor, llame para obtener más información.

TERAPIA DE SALUD MENTAL: Por favor, indique los nombres de víctimas secundarias menores para las cuales usted está solicitando servicios de terapia.

Nombre del/de los miembro(s) de la familia	Relación con la Víctima Primaria	Fecha de Nacimiento (deberá ser menor de 18 años)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

→ **NOTA:** Todas las personas de 18 años o mayores deberán completar su propia solicitud.

SERVICIOS MÉDICOS: Envíe copias de *facturas detalladas* relacionadas con el crimen, si o cuando estén disponibles.

SERVICIOS DENTALES: Envíe copias de *facturas detalladas* relacionadas con el crimen. Es posible que se requiera un plan de tratamiento. Máximo de \$10,000.

ARTÍCULOS MÉDICOS: Envíe copias de *facturas detalladas* relacionadas con el crimen, si o cuando estén disponibles. (Limitado a artículos médicamente necesarios dañados, extraviado o destruidos durante el crimen.)

Dentaduras Anteojos/Lentes de Contacto Audífonos Dispositivo Prostético Otro _____

PÉRDIDA DE APOYO AL HOGAR: La compensación es solo para las víctimas primarias que estaban viviendo con el sospechoso en el momento del crimen y que son miembros dependientes de la familia (cónyuge, niños menores, pareja doméstica) pueden ser elegibles.

PROPIEDAD RESIDENCIAL:

(Limitado a residencial exterior a puertas, cerraduras, o ventanas que fueron dañadas o destruidas durante el crimen, y cambio de cerraduras residenciales para propósitos de seguridad.)

Cerraduras Residenciales/Cambio de Cerraduras Puerta Exterior Ventana Exterior

Cantidad del deducible del seguro residencial \$ _____

GASTOS DE ENTIERRO: – Envíe copias de facturas detalladas. Máximo de \$15,000.00

PÉRDIDA DE APOYO A DEPENDIENTES (En caso de víctima fallecida):

Cónyuges, hijos menores de edad, o parejas domésticas que eran total o parcialmente dependiente de los ingresos de la víctima en el momento de la *muerte* pueden ser elegibles para recibir compensación.

SALARIOS PERDIDOS:

Usted puede solicitar compensación por pérdida de salarios por tiempo faltado al trabajo debido a lesiones relacionadas al crimen o duelo, si no tenía tiempo pagado por enfermedad o vacaciones. Compensación por pérdida de salarios no estará disponible por reportar el crimen, testificar en la corte, entrevistarse con la policía o con la oficina del fiscal, hacer reparaciones en el hogar o asistir a citas. Se verificará el empleo, la tasa de salario, el tiempo libre no remunerado y la capacidad para trabajar.

SISTEMA DE SEGURIDAD o MODIFICACIONES PARA LA SEGURIDAD:

En casos en los cuales existe preocupación por la seguridad continuada de la víctima (por ejemplo, acoso, violencia doméstica). No se aprobarán armas ni animales de seguridad. No todos los crímenes o situaciones aplican. Máximo de \$750.00

CLASE DE DEFENSA PERSONAL: Limitada solo a víctimas primarias. Máximo de \$500.00

LIMPIEZA DE LA ESCENA DEL CRIMEN: Para la limpieza profesional de fluidos corporales en el lugar de la escena del crimen.

POR FAVOR, LEA CADA SECCIÓN, FIRME Y PONGA LA FECHA

CERTIFICADO DE SOLICITUD: La información contenida en esta solicitud de Compensación para Víctimas del Crimen es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que declaraciones proporcionadas que sean falsas, o documentación falsificada presentada, puede resultar en la negación de mi reclamo y que lo mismo es castigado por ley.

RESPONSABILIDAD DEL/DE LA RECLAMANTE: Yo entiendo que soy responsable por mis facturas relacionadas con este crimen y tengo la carga de proporcionar cualquier documentación a la Junta de Compensación para Víctimas del Crimen para ayudar con la verificación de mi reclamo. También debo notificar a los proveedores de servicios sobre mi solicitud al Programa de Compensación para Víctimas del Crimen.

COOPERACIÓN: Yo entiendo que mi falta de cooperación con las agencias judiciales (policía, sheriff, fiscal, etc.) puede resultar en la negación de mi reclamo.

REEMBOLSO AL PROGRAMA DE COMPENSACION PARA VÍCTIMAS DEL CRIMEN: Yo acepto reembolsar al Fondo de Compensación para Víctimas del Crimen si se reciben pagos del infractor (restitución o acción civil), pagos de seguro, o de cualquier otra agencia gubernamental o privada como compensación por esta lesión o muerte después de recibir el pago del Fondo de Compensación para Víctimas del Crimen.

ACUERDO DE SUBROGACIÓN: Yo acepto notificar al Programa de CVC en el caso de que beneficios/fondos estén disponibles para mí, incluyendo, pero no limitados a, demandas civiles, como pago por los mismos gastos que recibo del Programa de CVC.

Además, acuerdo a conservar gran parte de los fondos recuperados como sea necesario para reembolsar el Programa de CVC a medida de la compensación que recibí del Programa.

PROCESO DE SOLICITUD ALTERNATIVA: Si usted siente que la Junta del CVC en el Primer Distrito Judicial o el personal no puede evaluar imparcialmente su reclamo debido a alguna relación personal o profesional con dos o más miembros de la Junta, su reclamo será enviado a otro distrito para ser evaluado. El Primer Distrito Judicial deberá recibir una solicitud de evaluación alternativa por escrito. Si su reclamo es aprobado, las facturas serán pagadas por el Primer Distrito Judicial. Yo entiendo que esto puede retrasar el procesamiento de mi reclamo.

DERECHO A RECONSIDERACIÓN: En el caso de que mi reclamo de compensación sea negado, se me notificará sobre la razón por la negación por escrito. Entiendo que tengo el derecho de solicitar una reconsideración por parte de la Junta de Compensación para Víctimas del Crimen y que puedo hacer lo mismo presentando una carta que indique la razón o razones por la negación como sea indicada en la carta. La Junta de Compensación a Víctimas de Crímenes, a su discreción, puede llevar a cabo una audiencia para reconsiderar la reclamación negada. Entiendo que la carga de la prueba para demostrar que la reclamación es razonable y compensable bajo la Ley de Compensación para Víctimas del Crimen de Colorado está sobre mí como solicitante. En caso de que la negación sea confirmada por la Junta después de la reconsideración, entiendo que puedo hacer que la decisión de la Junta sea revisada de acuerdo con las Reglas de Procedimientos Civiles de Colorado.

LIBERACIÓN DE FONDOS: Por la presente autorizo la liberación de los fondos otorgados a mí bajo la Ley de Compensación para Víctimas del Crimen de Colorado para que sean pagados directamente al proveedor o los proveedores de servicios aplicables a mi reclamo. Entiendo que cualquier cantidad de dinero otorgada está sujeta a la disponibilidad de fondos y a la discreción de la Junta.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACION: Yo autorizo la divulgación de toda la información de cualquier empleador, médico, hospital, Departamento de Servicios Sociales, abogado civil, proveedores de servicios médicos y/o de salud mental y/o cualquier otro acreedor o agencia para el propósito de verificar las reclamaciones que he presentado para establecer la validez del reclamo. Además, entiendo que cualquier información proporcionada puede estar sujeta a divulgación bajo la ley. Esta autorización podrá ser revocada en cualquier momento por escrito, excepto al grado en que ya se hayan tomado medidas a través de la misma. Mi firma autoriza la divulgación de toda la información especificada anteriormente. Una fotocopia o reproducción exacta de esta liberación firmada tendrá el mismo efecto que la original.

Firma de la Víctima/Reclamante

Fecha

Por favor, envíelo a la dirección, correo electrónico, o número de fax en la parte delantera de esta solicitud.