

Solicitud de Compensación para Víctimas de Delitos

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

El Programa de Compensación para Víctimas de Delitos (CVC, por sus siglas en inglés) opera de conformidad con C.R.S §24-4.1-101 et seq.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD:

- El delito debe ser aquel en el que la víctima sufra lesiones mentales o corporales, muera o sufra daños a la propiedad de cerraduras, ventanas o puertas exteriores de propiedad residencial como resultado de un delito indemnizable (C.R.S. § 24-4.1-102).
- La víctima debe cooperar con los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley (fiscal de distrito, policía, alguacil, etc.).
- El crimen fue reportado a una agencia de la policía dentro de 72 horas luego de haber ocurrido el crimen (para delitos contra la propiedad).
- La lesión o muerte de la víctima no fue el resultado de la propia mala conducta de la víctima o de una provocación sustancial.
- La victimización ocurrió a partir del 1 de julio de 1982.
- La solicitud de indemnización debe presentarse en un plazo de seis (6) meses a partir de la fecha del delito para las reclamaciones por daños a la propiedad residencial.
- El delito ocurrió en el condado de Jefferson o Gilpin, o la víctima es residente de Jefferson o del condado de Gilpin, pero el delito ocurrió en un estado o país que no tiene un programa CVC.

INFORMACIÓN GENERAL:

- No es necesario que se realice un arresto o se presenten cargos para que una víctima sea elegible para una compensación.
- Se puede hacer una compensación por consejería de salud mental, defensa personal, gastos médicos/dentales, dispositivos médicamente necesarios (dentaduras postizas, anteojos, audífonos, prótesis), apoyo doméstico, puertas/cerraduras/ventanas residenciales exteriores, gastos funerarios, pérdida de apoyo a los dependientes en caso de muerte, pérdida de ingresos, modificaciones de seguridad/sistema de seguridad y limpieza de la escena del crimen.
- Las solicitudes deben estar directamente relacionadas con el delito denunciado a las fuerzas del orden. Los servicios pueden estar limitados por la política de CVC.
- Se puede otorgar una compensación por daños a la propiedad por la reparación o reemplazo de *puertas, cerraduras y ventanas residenciales exteriores que se dañen durante la comisión de un delito*.
- Por ley, debe solicitar todas las demás fuentes disponibles de asistencia financiera o reembolso, incluidos 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 de Delitos. 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 la 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 denegado, tiene derecho a solicitar la reconsideración de la decisión de la Junta y tiene derecho a presentar información nueva o adicional relacionada con las razones de la denegación o reducción de su reclamo por parte de la Junta. Puede presentar una solicitud de reconsideración por escrito al Administrador de CVC dentro de los 30 días a partir de la fecha de la carta de denegación o reducción de su reclamo. Si solicita la reconsideración de la decisión de la Junta Directiva, La información relativa a la reconsideración se le enviará por correo. En caso de que la denegación 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 los 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 discapacidad auditiva o visual pueden comunicarse con el programa de CVC por teléfono, correo, correo electrónico, en persona o a través de un delegado para solicitar ayuda 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 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
- 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.

SECCIÓN 1- INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA: (Por favor, complete todos los campos. Las solicitudes incompletas pueden retrasar el procesamiento).

Víctima Primaria Víctima Secundaria

La persona que resultó herida o muerta se considera la víctima principal. Una víctima secundaria es alguien con una relación cercana y familiar con la víctima o alguien que es testigo del crimen.

Nombre de la víctima (nombre, segundo nombre, apellido)			Fecha de nacimiento	Edad	en el momento del delito
Dirección postal			Ciudad/Estado/Código Postal		
Teléfono primario		Teléfono secundario		Correo electrónico	
Raza:		Fuente de referencia:		Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra	
<input type="checkbox"/> Afroamericano		<input type="checkbox"/> Representante de Víctimas de la Policía		<input type="checkbox"/> Otro _____	
<input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Representante de Víctimas del Fiscal del Distrito			
<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		¿Discapacitado antes del crimen?	
<input type="checkbox"/> Hispano / Latinoamericano		<input type="checkbox"/> Servicios Humanos		Mentalmente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico / Natural de Hawaii		<input type="checkbox"/> Hospital / Centro Médico		Physically <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<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 RECLAMANTE:

* Complete solo si la persona que presenta la solicitud no es la víctima principal en la sección # 1, es decir, la víctima principal es menor de edad, fallecida o incapacitada.

Nombre del Reclamante (Padre/Tutor/Pariente)		Relación con la Víctima	Fecha de Nacimiento
Dirección postal Ciudad		/Estado/Código Postal	
Teléfono principal		Teléfono secundario	Dirección de correo electrónico

SECCIÓN 3- INFORMACIÓN SOBRE DELITOS:

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- INFORMACIÓN DE LA FUENTE DE SEGUROS/GARANTÍAS:

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

FUENTE:	SÍ	NO	NO SE	Nombre de la Compañía de Seguro / #Póliza / #Teléfono / Cantidad del Deducible
Seguros Privados	<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 para indigentes de Colorado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Compensación de Trabajadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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/inquilino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SECCIÓN 5-DEMANDA CIVIL:

¿Está planeando demandar a la(s) persona(s), su seguro o negocio responsable de esta lesión? Sí No
 En caso afirmativo, tenga en cuenta que la Junta de Compensación a las Víctimas de Delitos debe ser notificada de cualquier acción civil y se le debe proporcionar evidencia escrita del monto del acuerdo.

En caso afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información:

El nombre de su abogado civil: _____

 Dirección postal Ciudad Estado/Código Postal Número de teléfono

SECCIÓN 6- SOLICITUD DE SERVICIOS: Marque cada categoría para la que está solicitando asistencia. Tenga en cuenta que se aplican requisitos de elegibilidad adicionales.

TERAPIA DE SALUD MENTAL – VÍCTIMA PRIMARIA: Si actualmente está viendo a un terapeuta relacionado con este delito, pídale a su terapeuta que envíe un correo electrónico a: da-cvc@jeffco.us o llame a la oficina al 303-271-6846 para obtener más información.

TERAPIA DE SALUD MENTAL – VÍCTIMA(S) SECUNDARIA(S) (miembros de la familia que viven en el mismo hogar que la víctima principal que solicitan terapia (adjunte documentos adicionales si es necesario).

Nombre de los miembros de la familia

Relación con la víctima principal

Fecha de nacimiento

- Todas las personas mayores de 18 años enumeradas en esta sección **deben** firmar la última página de la solicitud.
- Si una víctima secundaria solicita terapia pero no vive en el mismo hogar que la víctima principal, debe completar una solicitud por separado.

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

DENTAL: Envíe copias de *facturas detalladas* relacionadas con el crimen. Es posible que se requiera un plan de tratamiento

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 vivían con el sospechoso en el momento del delito y son miembros de la familia dependientes (cónyuge, hijos menores, pareja de hecho) pueden ser elegibles.

PROPIEDAD RESIDENCIAL (Limitado a puertas residenciales exteriores, ventanas que se dañen o destruyan durante el delito y cambio de llave de cerraduras). Cerraduras residenciales/Reintroducir Puerta exterior Ventana exterior Tablamiento de emergencia de puerta/ventana exterior Limpieza de la escena del crimen (solo es elegible para la limpieza de fluidos corporales en una residencia)

MODIFICACIONES DE SEGURIDAD O PROTECCIÓN:

Dispositivos de seguridad/modificaciones de seguridad en el hogar (para casos en los que existe una preocupación por la seguridad continua de la víctima)

GASTOS DE FUNERAL/ENTIERRO: – Envíe copias de las facturas detalladas.

PÉRDIDA DE APOYO A LOS DEPENDIENTES (sólo en el caso de una víctima fallecida):

El cónyuge, los hijos menores de edad o la pareja de hecho que dependían total o parcialmente de los ingresos de la víctima en el momento de la muerte pueden ser elegibles para una compensación.

SALARIOS PERDIDOS:

Usted puede solicitar la pérdida de ingresos por faltar al trabajo debido a lesiones relacionadas con delitos o duelo, y no tuvo tiempo pagado por enfermedad o vacaciones. La pérdida de salarios no está disponible para denunciar el delito, entrevistarse con la policía o el fiscal de distrito, hacer reparaciones en el hogar o asistir a citas médicas o de terapia. Testificar en la corte puede ser elegible de manera limitada. Se verificará el empleo, la tasa de pago, el tiempo libre no remunerado y la capacidad para trabajar.

CLASE DE DEFENSA PERSONAL: Limitado solo a las víctimas primarias.

POR FAVOR, LEA CADA SECCIÓN, FIRME Y FECHA

Cualquier víctima o víctima secundaria mayor de 18 años debe firmar y fechar esta página.

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

Firma de la(s) Víctima(s)/Reclamante(s) Secundario(s)

Fecha

Las solicitudes presentadas sin firmas serán devueltas.

***Todas las personas, mayores de 18 años, que soliciten servicios deben firmar y fechar esta página
Vuelva a la dirección, correo electrónico o número de fax que figura en la parte frontal de esta solicitud.***