



**NEW JERSEY**

**OFICINA DE COMPENSACIÓN PARA VÍCTIMAS DEL CRIMEN**

# **Solicitud de reclamo e instrucciones**

cuidado  
apoyo  
dignidad  
ayuda  
respeto

***Ayudamos a que todo vuelva a la normalidad***





# OFICINA DE COMPENSACIÓN PARA VÍCTIMAS DEL CRIMEN DE NEW JERSEY

## Información de reclamos e instrucciones para la solicitud

La Oficina de Compensación para Víctimas del Crimen (N.J. Victims of Crime Compensation Office, VCCO) de Nueva Jersey compensa a las víctimas de un crimen por las pérdidas y los gastos que resultan de ciertos actos delictivos. Para su conveniencia, a continuación encontrará las preguntas más frecuentes. Sin embargo, le solicitamos que visite nuestro sitio web en [www.njvictims.org](http://www.njvictims.org) para más información. También puede comunicarse con el Coordinador de Víctimas / Testigos, que se encuentra en cada una de las Oficinas de Procuradores de los Condados (County Prosecutor's Office). En el sitio web de la VCCO encontrará enlaces para estas oficinas.

### ¿Qué crímenes están cubiertos?

Los crímenes cubiertos incluyen, entre otros, el asalto agravado, el homicidio, el asalto sexual, el secuestro y todos los incidentes de violencia doméstica.

### ¿Cuánta ayuda puedo obtener de la Oficina de Compensación para Víctimas del Crimen (VCCO) de New Jersey?

La VCCO puede otorgarle hasta \$25,000\* para todos los gastos; sin embargo, cada categoría de gastos puede tener sus límites, según se indica a continuación:

- Costos de reubicación de emergencia: \$2,500
- Pérdida de ingresos o de manutención
- Gastos funerarios: \$5,000
- Cuidados de enfermería
- Gastos hospitalarios, médicos y de fisioterapia
- Cuidado de niños o dependientes: \$6,500
- Asesoría de salud mental: \$12,500
- Honorarios de abogado por la asistencia para presentar un reclamo y por representarlo en el proceso de apelación.

### ¿Cómo califico para recibir asistencia?

Si usted es una víctima o un solicitante (persona que presenta un reclamo en representación de una víctima o dependientes de la víctima), debe demostrar que:

- El crimen es elegible según la ley.
- Es un residente del Estado de New Jersey o que el crimen ocurrió en este estado.
- Sufrió pérdidas financieras indemnizables como resultado del acto delictivo.
- El crimen fue reportado a una agencia de implementación de leyes dentro de los 9 meses y usted envió esta solicitud dentro de los 3 años a partir de la fecha del crimen. Si existe "justificación suficiente" para el retraso de la presentación, se tomará en consideración.
- Usted cooperó con la policía y la oficina del procurador. Sin embargo, la elegibilidad no depende de la condena o el enjuiciamiento del delincuente.
- El seguro y otras fuentes de pago, tales como la restitución pagada por el delincuente, no cubrirán las facturas presentadas.
- Usted no contribuyó a sus lesiones, no provocó el incidente y no fue responsable del crimen que causó sus lesiones ni participó en él.
- Usted no tiene cargos pendientes con la VCCO impuestos por condenas.

### ¿Qué pérdidas comunes no están cubiertas?

- Pérdidas o daño a la propiedad, excepto la limpieza del lugar del crimen.
- Dolor y sufrimiento.

# Instrucciones para la solicitud de reclamo a la VCCO de New Jersey

- Por favor, lea las instrucciones antes de iniciar la solicitud. Incluya copias de toda la información relacionada que tenga (por ejemplo, copias de recibos detallados, facturas, estados de cuenta de los seguros). Mientras más información tengamos ahora, más rápidamente será procesada su solicitud. Sin embargo, siempre puede enviar información adicional posteriormente.
- Dentro de los 10 días a partir de la fecha en que se recibió su solicitud, la agencia le enviará una carta de confirmación. Por favor, tenga en cuenta que si envía su solicitud a través de otra agencia, esto hará que la solicitud se demore en llegar a la VCCO.
- Además de llamar para saber el estado de su reclamo, puede enviarnos un correo electrónico a [njvictims@njvictims.org](mailto:njvictims@njvictims.org).
- Si se mudó o cambió su número de teléfono, por favor, háganoslo saber.
- Debido al gran volumen de reclamos que recibimos y de acuerdo con la ley, el plazo para procesar un reclamo es de 6 meses a partir de la fecha en que se recibió toda la documentación. Sin embargo, la agencia acelera los reclamos por reubicación de emergencia y gastos funerarios. No obstante, la mayoría de nuestros reclamos se procesan menos de seis meses.
- La clave para procesar el reclamo de manera acelerada es recibir toda la documentación suya, de los hospitales, de los médicos, de las agencias de implementación de leyes, de los empleadores, de las agencias gubernamentales, etc.

## ¿Dónde puedo obtener ayuda con esta solicitud?

Comuníquese con la Oficina de Defensa de Víctimas/Testigos de su condado o con la VCCO de las siguientes formas:

Teléfono: (877) 658-2221

Teléfono: (973) 648-2107

Fax: (973) 648-3937

[www.NJVictims.org](http://www.NJVictims.org)

[njvictims@njvictims.org](mailto:njvictims@njvictims.org)

## Envíe por correo todas las solicitudes a la oficina de Newark:

VCCO

50 Park Place, 5th floor  
Newark, NJ 07102

## SECCIÓN 1:

### Información sobre la víctima

(Sección obligatoria)

Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona lesionada en la escena del crimen. Esta debe ser la misma persona que figura como la "víctima" en el reporte policial. Llene el resto de esta sección con información sobre la víctima.

## SECCIÓN 2:

### Información sobre el solicitante

(Sección obligatoria)

Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona que solicita compensación si no es la víctima. Esta persona también puede ser el adulto que asuma la responsabilidad de las facturas relacionadas con el crimen o la persona financieramente responsable (por ejemplo, padre o madre, encargado legal) de un menor, de una persona incapacitada o discapacitada.

## SECCIÓN 3:

### Información adicional

Escriba en letra de imprenta el nombre de una persona a la que la VCCO puede contactar si no logramos comunicarnos con usted.

## SECCIÓN 4:

### Información sobre el crimen

(Sección obligatoria)

Escriba en letra de imprenta los detalles del crimen. Adjunte una copia del reporte sobre el crimen. Si no la tiene, la VCCO le pedirá una a la policía y o a la oficina del procurador. El reporte del incidente de la agencia de implementación de leyes necesario para determinar su elegibilidad.

## **SECCIÓN 5:**

### **Servicios solicitados** (Sección obligatoria)

Por favor, revise los beneficios disponibles y seleccione qué servicios solicitará. Se solicitará documentación para respaldar cada beneficio que seleccione.

## **SECCIÓN 6:**

### **Información sobre el seguro**

(Sección obligatoria)

Si usted posee un seguro que puede cubrir algunas de sus facturas relacionadas con el crimen, especifique aquí la información sobre su seguro.

## **SECCIÓN 7:**

### **Proveedores de tratamiento médico/ de asesoramiento**

Enumere los nombres de los médicos, hospitales y otras personas que le prestaron servicios. Si ya tiene facturas detalladas, por favor envíe copias con su solicitud.

## **SECCIÓN 8:**

### **Información sobre el empleo**

Incluya la información sobre su empleo si no ha podido trabajar debido a las lesiones relacionadas con el crimen o porque debe cuidar a alguien con lesiones relacionadas con el crimen.

## **SECCIÓN 9:**

### **Información sobre los dependientes**

En caso de homicidio, enumere los dependientes de la víctima que recibían manutención de esta.

## **SECCIÓN 10:**

### **Información sobre el abogado**

Complete esta sección si contrató a un abogado para que lo represente en este reclamo, lo asista en el tribunal, resuelva un reclamo de seguro, o presente una demanda relacionada con el crimen.

## **SECCIÓN 11:**

### **Información sobre la fuente de referencia**

Escriba el nombre del defensor de la víctima o de otro profesional que le haya ayudado con esta solicitud.

## **SECCIÓN 12:**

### **Responsabilidad legal y firma**

(Sección obligatoria)

Esta solicitud es un documento legal que debe ser leído y firmado por el adulto solicitante.

## **SECCIÓN 13:**

### **Autorización para obtener expedientes**

(Sección obligatoria)

Esta Autorización para Obtener Expedientes es necesaria para conseguir información de sus médicos, hospital, empleador, policía y procurador, para que la VCCO pueda procesar su reclamo.

## **SECCIÓN 14:**

### **Cesión de interés** (Sección obligatoria)

Este es un acuerdo legal que debe ser firmado a fin de que la VCCO le pague la compensación.

## **SECCIÓN 15:**

### **Autorización para la divulgación de información en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud** (Sección obligatoria)

Esta autorización es necesaria para obtener información de sus proveedores de salud bajo una nueva ley federal. Tiene que ser rellena, fechada y firmada para que la VCCO pueda procesar su reclamo.

## **SECCIÓN 16:**

### **Sección para proporcionar detalles adicionales**

(si es necesario)



New Jersey Office of the Attorney General  
**Victims of Crime Compensation Office**

877-658-2221 • [www.NJVictims.org](http://www.NJVictims.org) • [njvictims@njvictims.org](mailto:njvictims@njvictims.org)





PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

Application No. \_\_\_\_\_

Claim No. \_\_\_\_\_

Death  Personal Injury

# Solicitud de reclamo

## SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOBRE LA VÍCTIMA

La víctima es la misma persona que aparece como víctima en el reporte del crimen. *(Complete una solicitud separada por cada víctima)*  
El solicitante es la persona que pide la compensación. No llenar la SECCIÓN 2 si la víctima es el solicitante.

Sr.  Sra.  Srta. *(Elija una)*

Nombre legal completo de la víctima \_\_\_\_\_  
*Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre*

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Marque si la víctima está/es:  Fallecida (fecha del fallecimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_)  
 Menor de 18  Incapacitada  Discapacitada

Dirección de correo \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono celular ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino

Raza:  Caucásica  Afroamericana  India Americana  
 Latina  Oriente Medio  Asiática o de las islas del Pacífico  Otra \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Separado/a  Viudo/a

## SECCIÓN 2: INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

Definición de solicitante: el "Solicitante" es la persona que pide la compensación, que puede o no ser la víctima del crimen que constituye la base de la solicitud del reclamo de compensación. No complete esta sección si usted es la víctima mencionada arriba.

Sr.  Sra.  Srta. *(Elija una)*

Nombre legal completo del solicitante \_\_\_\_\_  
*Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre*

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Relación del solicitante con la víctima  Cónyuge  Padre/madre  Hermano/a  Hijo/a  Otro \_\_\_\_\_

Dirección de correo \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono celular ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

### SECCIÓN 3: CONTACTO ADICIONAL

Una persona con la que la víctima o el solicitante tenga confianza a la que la VCCO pueda contactar si la víctima o el solicitante no está disponible.

Nombre \_\_\_\_\_

Relación:  Padre/madre  Hermano/a  Amigo/a  Abogado/a  Terapeuta  Otro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono celular ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

### SECCIÓN 4: INFORMACIÓN SOBRE EL INCIDENTE CRIMINAL

Si están disponibles, adjunte una copia de los siguientes documentos: reporte de la policía, reporte del incidente, orden de restricción temporal, orden de restricción final, etc.

Fecha del crimen \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fecha del reporte \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre, tal como aparece en el reporte del incidente \_\_\_\_\_

Nombre de la unidad de policía \_\_\_\_\_

Lugar/dirección del crimen \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de denuncia policial \_\_\_\_\_ Número de archivo del procurador \_\_\_\_\_

Tipo de crimen:  Asalto  Homicidio  Asalto sexual  Delito relacionado con un vehículo  
 Incendio intencional  Violencia doméstica  Otro \_\_\_\_\_

Breve descripción del incidente y de sus lesiones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre(s) del (los) delincuente(es), si se conoce(n): \_\_\_\_\_

Relación con el (los) delincuente(s), si existe: \_\_\_\_\_

¿La víctima vivía en el mismo hogar que el delincuente en el momento del crimen?  Sí  No

¿Ha sido ordenada la restitución?  Sí  No

¿Presentó un reporte a la policía dentro de los 9 meses?  Sí  No\*

¿Presentó un reporte a la VCCO dentro de los 3 años?  Sí  No\*

\*Si respondió que "No" a cualquiera de las dos preguntas anteriores, debe presentarle a la agencia los motivos legítimos que demuestren que existe una "justificación suficiente" por la que no presentó los reportes a tiempo.  
(En las secciones 16A o B tiene espacio para presentar sus razones).



## SECCIÓN 5: SERVICIOS SOLICITADOS

Por favor, seleccione qué servicio(s) solicitará. Según los servicios solicitados, es posible que se requiera información adicional.

- Servicios médicos:** gastos médicos relacionados directamente con una lesión asociada con un crimen y no cubiertos totalmente por el seguro o el cuidado caritativo.
- Salud Mental:** gastos de asesoría de salud mental relacionados con el incidente y no cubiertos por el seguro. El subsidio máximo de asesoría de salud mental es el siguiente: sobrevivientes de homicidio, \$12,500; víctima lesionada, \$12,500; víctima(s) secundaria(s), \$7,000; asesoría de salud mental en grupo \$50 por sesión por víctima.
- Servicios dentales:** gastos dentales relacionados directamente con una lesión asociada con un crimen y no cubiertos totalmente por el seguro.
- Medicamentos con receta:** gastos de medicamentos con receta relacionados directamente con una lesión asociada con un crimen y no cubiertos totalmente por el seguro.
- Reubicación:** el subsidio máximo de la asistencia para reubicación es de \$2,500. La VCCO puede tener en cuenta gastos de reubicación cuando existe la necesidad de proteger la salud y la seguridad de la víctima o su familia. La oficina puede tener en cuenta gastos como el depósito de garantía pagadero directamente al arrendador, la vivienda temporal, los servicios de mudanza, el alquiler mensual, la diferencia de costos de hipoteca, el alquiler del primer mes, el alquiler de un mes si la reubicación ocurrió dentro del plazo de un año a partir de la presentación de la solicitud o los gastos personales que se consideren razonables y necesarios.
- Servicios funerarios:** el subsidio máximo para gastos funerarios es de \$5,000. La oficina puede tener en cuenta gastos como los costos funerarios, las flores, los gastos de comida, los costos de cementerio y las lápidas.
- Transporte al funeral:** \$200 por persona con un reembolso máximo de \$1,000. Puede incluir gastos de transporte aéreo o en ferrocarril.
- Pérdida de ingresos (víctima):** pérdida de ingresos de una víctima producida directamente debido a la lesión relacionada con el crimen, mientras la víctima no reciba pago. La VCCO no puede considerar reembolsos si la víctima recibió pago por días acumulados de enfermedad o de vacaciones. La pérdida máxima de ingresos que se considera es de \$600 por semana, con un máximo de 104 semanas.
- Pérdida de ingresos (solicitante):** cuando el solicitante estaba empleado en el momento del incidente, pero perdió tiempo de trabajo por tener que cuidar a la víctima. La VCCO no puede considerar reembolsos si el solicitante recibió pago por días acumulados de enfermedad o de vacaciones. La pérdida máxima de ingresos que se considera es de \$600 por semana, con un máximo de 104 semanas.
- Pérdida de manutención (reclamo de homicidio):** puede considerarse pérdida de manutención cuando la víctima estaba manteniendo al solicitante o a la familia en el momento de su muerte. La pérdida máxima de manutención que se considera es de \$ 600 por semana y no excederá los 48 meses.
- Pérdida de manutención (del delincuente):** cuando el delincuente estaba manteniendo a la familia antes del incidente y está preso o es un fugitivo. La pérdida máxima de manutención que se considera es de \$600 por semana y no excederá los 48 meses.
- Reembolso de dinero en efectivo robado:** (solo para ancianos o personas incapacitadas permanentemente) la VCCO puede reembolsar el dinero en efectivo (mínimo \$50) robado directamente de una víctima de un crimen elegible si la pérdida monetaria se reportó a la policía. El reembolso máximo es de \$200.

## SECCIÓN 5: SERVICIOS SOLICITADOS *(continuación)*

- Honorarios de abogado** (derechos del delinciente): la VCCO puede ayudar con los honorarios de abogado incurridos por una víctima elegible cuando la representación esté relacionada con el hecho delictivo sobre el que se basa el reclamo. Se pagan \$125 por hora por honorarios de abogado y no deben exceder el subsidio máximo de \$1,000.
- Servicios de ayuda doméstica:** la VCCO puede reembolsar los gastos de ayuda doméstica que puedan surgir como resultado directo del crimen. La ayuda doméstica puede incluir la limpieza del hogar, el lavado de ropa, preparación de alimentos, compañía y otros servicios relacionados con el apoyo a la vida cotidiana de la víctima. El reembolso máximo es de \$6,500.
- Servicios de guardería:** la VCCO puede reembolsar los gastos de cuidado infantil o guardería para un niño (menor de 14 años) o para un adulto si estos servicios permitirían que la víctima, el cónyuge, el cónyuge sobreviviente de una víctima o el encargado legal. El reembolso máximo es de \$6,500.
- Equipo médico:** la VCCO puede reembolsar cargos sensatos por productos que sean razonablemente necesarios como sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, entablillados, muletas, andadores y otros equipos de adaptación personal que se requieran para cumplir con las necesidades de la discapacidad de la víctima.
- Transporte relacionado con servicios médicos:** la VCCO puede reembolsar costos de transporte para las visitas de la víctima a los médicos que la están tratando y a otros centros de cuidado de la salud. El reembolso máximo es de 31 centavos por milla y no excederá los \$10 por día ni \$1,000 en total.
- Limpieza del lugar del crimen:** la VCCO puede compensar los costos razonables y necesarios para la limpieza de la residencia o vehículo personal de la víctima donde ocurrió el crimen lesivo o donde los costos directos de este hayan sido responsabilidad financiera directa de la víctima o el solicitante. La compensación incluye los costos reales de limpieza, el valor razonable de reemplazo de ropa de cama, prendas de vestir, alfombras, puertas, ventanas, cerraduras o muebles que se consideren dañados o inutilizados como resultado del crimen o de la recolección de evidencia. El subsidio máximo para la limpieza del lugar del crimen no debe superar los \$4,000 en total.
- Duelo:** la pérdida de ingresos se puede pagar a los familiares de las víctimas por asistencia al funeral y por duelo por no más de dos semanas. La pérdida máxima de ingresos que se considera es de \$600 por semana con un subsidio máximo de \$7,000 para todos los gastos de las víctimas secundarias.
- Asistencia al tribunal:** pérdida de ingresos a las víctimas y víctimas secundarias por la asistencia al tribunal. La pérdida máxima de ingresos que se considera es de de \$600 por semana con un subsidio máximo de \$7,000 para todos los gastos de las víctimas secundarias.
- Compensación complementaria por lesión catastrófica:** la VCCO puede pagar una o más compensaciones complementarias con el único propósito de brindar asistencia y servicios de rehabilitación directos a las víctimas que han sufrido lesiones catastróficas. Una víctima de un crimen con lesiones catastróficas es una persona que la Oficina determina que sufrió una lesión grave por mucho tiempo o para toda la vida como resultado de un crimen especificado como indemnizable según lo indica nuestro estatuto N.J.S.A.52:4b-11. La compensación por pérdida de ingresos, pérdida de manutención, los daños a la propiedad, y dolor y sufrimiento están excluidos de las lesiones catastróficas.
- Marque la casilla si cree que cumple con estos criterios y desea solicitar asistencia por lesiones catastróficas.

## SECCIÓN 6: INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS/BENEFICIOS DE SALUD

Indique cualquier cobertura de seguro de salud o de automóvil. La información de seguros que nos brinde puede utilizarse para notificar a un proveedor de servicios médicos que existe otra fuente de pago antes de que la VCCO considere la compensación de conformidad con lo establecido en N.J.A.C. 13:75- 1.19.

SEGURO MÉDICO  Sí  No

Compañía \_\_\_\_\_

Núm. de póliza \_\_\_\_\_

SEGURO MÉDICO SECUNDARIO  Sí  No

Compañía \_\_\_\_\_

Núm. de póliza \_\_\_\_\_

SEGURO DENTAL  Sí  No

Compañía \_\_\_\_\_

Núm. de póliza \_\_\_\_\_

SEGURO DE AUTOMÓVIL  Sí  No

Compañía \_\_\_\_\_

Núm. de póliza \_\_\_\_\_

Si ni la víctima ni el delincuente tienen seguro de automóvil y el incidente involucró un vehículo automotor.  
(Si no, es posible que el solicitante deba enviar una solicitud a NJ Property-Liability Insurance Guarantee Association o NJPLIGA).

NJPLIGA  Sí  No

COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR  Sí  No

SEGURO DE PROPIETARIO/INQUILINO  Sí  No Compañía \_\_\_\_\_

Núm. de póliza \_\_\_\_\_

Cuidado caritativo  Sí  No Fecha de la solicitud de cuidado caritativo \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Si marcó la opción No, la VCCO es el pagador de último recurso; el seguro principal de la víctima/el solicitante o el cuidado caritativo pagarán en primer lugar. Por favor, remita una solicitud de cuidado caritativo al hospital donde la víctima recibió tratamiento.

## SECCIÓN 7: PROVEEDORES DE TRATAMIENTO MÉDICO/ASESORAMIENTO

Nombre del médico/hospital: \_\_\_\_\_ Fecha(s) de tratamiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del médico/hospital: \_\_\_\_\_ Fecha(s) de tratamiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del médico/hospital: \_\_\_\_\_ Fecha(s) de tratamiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 8: INFORMACIÓN SOBRE LA PÉRDIDA DE SALARIO/MANUTENCIÓN

Llene si ha perdido tiempo de trabajo a causa de sus lesiones o para cuidar a una víctima lesionada.

(En caso de más de un empleador, adjunte hojas adicionales).

Pérdida de ingresos de la víctima  Pérdida de ingresos del solicitante

Nombre del empleador \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono de la Compañía ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Núm. de fax de la Compañía ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía o negocio \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía/negocio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Fechas de ausencia del trabajo debido a lesiones relacionadas con el crimen: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ hasta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

¿El incidente ocurrió mientras trabajaba?  Sí  No

En caso de lesionarse en el trabajo, ¿tiene su empleador Compensación al Trabajador?  Sí  No

¿Ha solicitado beneficio por discapacidad al estado/privada, o por estar ausente del trabajo por razones familiares, para obtener reembolsos por salarios perdidos?  Sí  No

Si la respuesta es SÍ, proporcione todas las notificaciones recibidas de incapacidad del estado, de un plan de incapacidad privado o de la licencia por razones familiares.

¿Está su familia perdiendo ingresos/cheques debido al crimen?  Sí  No

¿Está usted faltando al trabajo para cuidar a la víctima?  Sí  No

Si los tiene, por favor, mande los comprobantes de pago de la semana anterior al crimen, la semana que regresó al trabajo y una carta de su médico que indique su periodo de discapacidad.

Si trabaja por cuenta propia tiene que proporcionar copias de declaraciones de impuesto sobre las rentas suyas y de la compañía de los 2 años anteriores al crimen.

Se puede otorgar asistencia por pérdida de manutención para los dependientes de las víctimas de homicidio. Por favor, proporcione copias de las declaraciones de impuesto sobre las rentas de la víctima de los últimos 3 años.

## SECCIÓN 9: INFORMACIÓN SOBRE LOS DEPENDIENTES

Proporcione más información sobre los dependientes de la víctima u otras personas que dependían de la víctima para recibir manutención. (Si no los hubiera, vaya a la sección 10).

Nombre del dependiente: \_\_\_\_\_ Relación con la víctima: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ¿Usted es el encargado legal?  Sí  No

Nombre del dependiente: \_\_\_\_\_ Relación con la víctima: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ¿Usted es el encargado legal?  Sí  No

Nombre del dependiente: \_\_\_\_\_ Relación con la víctima: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ¿Usted es el encargado legal?  Sí  No

## SECCIÓN 10: INFORMACIÓN SOBRE EL ABOGADO

**A.** Tipo de representación:  Solicitud a la VCCO  Juicio civil  Derechos del delincuente

Nombre del abogado \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**B.** Tipo de representación:  Solicitud a la VCCO  Juicio civil  Derechos del delincuente

Nombre del abogado \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**C.** Tengo la intención de presentar una demanda en una fecha posterior  Sí  No

## SECCIÓN 11: INFORMACIÓN SOBRE LA REFERENCIA

¿Quién lo refirió a la VCCO?  La policía  Un amigo/pariente  Un procurador  Coordinador de testigos de víctimas

Un hospital  Una funeraria  Un centro de asistencia a víctimas de violación/violencia doméstica

Un folleto/afiche  Internet  Un profesional médico  Otro \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 12: FIRMA Y AUTORIZACIÓN LEGAL

*Este es un documento legal que debe ser firmado por un adulto.\**

### Cualificación del programa:

Yo entiendo que soy responsable de todas las facturas y que el programa de compensación está diseñado para pagar ciertos costos no cubiertos por otra fuente. La presentación de esta solicitud no me da derecho a los beneficios.

### Reembolso:

Estoy de acuerdo en reembolsar a la VCCO si recibo dinero de otra fuente hasta la cantidad pagada en mi nombre. Esto incluye cualquier pago que reciba de parte del delincuente, de cualquier póliza de seguro, de acuerdos o resoluciones judiciales o demandas civiles.

He proporcionado información verdadera y precisa, según mi leal saber y entender. No omití, oculté ni representé falsamente ninguna información de manera deliberada ningún tipo de información que pueda afectar de manera importante mi elegibilidad para obtener beneficios de compensación. Comprendo que si cualquier información que proporcioné es deliberadamente falsa, puedo estar sujeto a sanciones civiles y penales.

X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*Firma de la víctima o solicitante*

*\*El representante legal tiene que firmar si la víctima es menor de 18 años, ha sido declarada legalmente incapacitada o ha fallecido.*

## SECCIÓN 13: AUTORIZACIÓN PARA OBTENER EXPEDIENTES

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a la Oficina de Compensación para Víctimas del Crimen de Nueva Jersey (N.J. Victims of Crimen Compensation Office or VCCO) o a su agente, representante o portador a inspeccionar, revisar y hacer copias, incluso copias fotostáticas, de todos los expedientes médicos y expedientes relacionados con el empleo, los ingresos, sueldos o subvención de cualquier agencia, asistencia, y cualquier otro expediente perteneciente al empleo o ayuda económica, y reportes de la policía y del procurador que sean necesarios para determinar la calificación de mi reclamo de compensación. Se considerará que las fotocopias bajo esta autorización tendrán la misma validez que las originales.

X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
*Firma de la víctima o del solicitante*

El representante legal tiene que firmar si la víctima es menor de 18 años, ha sido declarada legalmente incapacitada o ha fallecido.

## SECCIÓN 14: CESIÓN DE INTERÉS

Yo, \_\_\_\_\_, comprendo que las leyes de Nueva Jersey me obligan a reembolsarle a la Oficina de Compensación para Víctimas del Crimen (VCCO) de Nueva Jersey cualquier dinero que pueda recibir de otras fuentes. Me pondré en contacto con la VCCO cuando reciba dicho dinero adicional del delincuente, de una demanda judicial civil, de restitución, de programa de seguro o de cualquier otra agencia gubernamental o privada.

Además le cederé y le conferiré a la VCCO el derecho de recibir directamente el reembolso de dos tercios de las ganancias de cualquier demanda civil que yo haya iniciado o vaya a iniciar en relación con este incidente.

Asimismo, cedo y le otorgo a la VCCO el derecho a ser reembolsada por la Oficina de Libertad Condicional, la Comisión de Justicia Juvenil y el Departamento Correccional por la cantidad que se me debe pagar a manera de restitución ordenada por la corte en cualquier procedimiento penal relacionado con el incidente. El reembolso a la VCCO se limitará a los gastos por los que la VCCO me haya otorgado compensación.

Certifico que firmo esta Cesión de Interés libre y voluntariamente. Entiendo que esta Cesión debe estar firmada para recibir la compensación. Además, certifico que si en algún momento inicio una demanda civil, le proporcionaré a mi abogado una copia de esta Cesión de Interés con la instrucción de que mi abogado queda obligado por sus términos. Entiendo que la VCCO confía en la buena fe con respecto a esta Cesión para pagarme una compensación.

X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
*Firma de la víctima o del solicitante*

El representante legal tiene que firmar si la víctima ha sido declarada legalmente incapacitada o ha fallecido.

# SECCIÓN 15: AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN EN VIRTUD DE LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Teléfono ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Autorizo el uso y la divulgación de información de salud acerca de mí como se describe a continuación.

Centro autorizado para divulgar mi información de salud: \_\_\_\_\_

Entidad o persona(s) autorizada(s) para recibir información de salud sobre mí: \_\_\_\_\_ *Oficina de Compensación a Víctimas del Crimen de New Jersey*

La información de salud que puede ser usada/divulgada está limitada a lo siguiente:

- Resumen de dada de alta   
  Historial y exámenes físicos   
  Consulta(s)   
  Laboratorio  
 Reportes de cirugías   
  Reporte de patología   
  Radiografías/imágenes   
  Expediente completo  
 Otro (especifique) \_\_\_\_\_

La información de salud que puede usarse/divulgarse está limitada a las siguientes fechas de tratamiento: \_\_\_\_\_

La información de salud que puede divulgarse a la entidad/persona identificada arriba es para utilizarse /divulgarse para los fines siguientes (incluidas indagación o comercialización, si es apropiado): para determinar el monto de la compensación que el paciente tiene derecho a recibir, incluido el pago de cualquier factura pendiente por servicios proporcionados por el centro de salud al paciente.

La información de salud lo identifica a usted (el paciente) por el nombre e incluye otros datos demográficos sobre usted. La información de salud puede incluir, entre otros, expedientes, diapositivas, gráficas, films, etc. Por la presente, relevo al centro de salud que divulga la información y a sus agencias y empleados de cualquiera y toda obligación, responsabilidad, daños y reclamos que puedan derivarse de la divulgación de la información autorizada aquí, incluidos el abuso de alcohol y drogas, enfermedades contagiosas incluidos el estado del HIV, o diagnósticos siquiátricos compilados durante mi visita, encuentro u hospitalización, o de hacer copias de esta información en conformidad con las políticas de este centro.

La información protegida de salud divulgada según esta autorización puede estar sujeta a que el destinatario vuelva a divulgarla y que ya no esté protegida por esta norma de privacidad. Si la información de indagación relacionada a la salud se utiliza o se divulga con fines de indagación continua, una fecha de vencimiento o de evento no se aplica.

Esta autorización será válida durante todo el proceso de mi reclamo con la NJVCCO y finalizará y finalizará cuando la NJVCCO expida una decisión final sobre mis beneficios de compensación. Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad, salvo cuando el centro ya la haya divulgado conforme a mi previa autorización.

El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios no podrá supeditarse a la obtención de una autorización si la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA) prohíbe la aplicación de condiciones. Si se permite la aplicación de condiciones, la negativa a firmar la autorización puede resultar en la negación de la atención o la cobertura.

**AVISO A LA ENTIDAD O PERSONA RECEPTORA:** esta información se tratará de acuerdo con los reglamentos de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés).

Firma del paciente o de su representante personal autorizado X	Fecha	Hora <input type="radio"/> a. m. <input type="radio"/> p. m.
---	-------	--

Relación con el paciente/autorización para actuar en nombre del paciente	Intérprete, si se utiliza
--	---------------------------

Firma del testigo X	Fecha o evento de vencimiento
------------------------	-------------------------------

