

# OFFICE OF THE ESSEX COUNTY PROSECUTOR

**THEODORE N. STEPHENS, II**  
**ACTING ESSEX COUNTY PROSECUTOR**

ESSEX COUNTY VETERANS COURTHOUSE, NEWARK, NEW JERSEY 07102

Tel: (973) 621-4700

Fax: (973) 621-5697



**ROMESH C. SUKHDEO**  
ACTING FIRST ASSISTANT PROSECUTOR

**MITCHELL G. McGUIRE III**  
ACTING CHIEF OF DETECTIVES

Dear Survivor,

What happened to you was wrong. It was not only a deeply personal violation, but criminal as well. We take these crimes very seriously and will devote all necessary resources to identify, arrest, and prosecute criminals like the one that harmed you.

Much will be demanded of you as your case progresses through the criminal justice process. My office has been tasked to assist you in navigating the process and to keep you informed of the changes in the status of your case. My staff and I will work closely with the assistant prosecutor, the attorney assigned to handle your case, as well as detective staff to ensure that you are treated fairly and with compassion and your rights and interests in the matter are fully regarded and respected.

As a victim of a sexual offense, you will have access to the following services:

- Direct referrals to medical facilities, social service, and counseling agencies
- Information about case status and disposition of charges
- Information about the criminal justice system
- Assistance with the prompt return of your property
- Assistance with filing for the medical, counseling, and other emergency compensation through the Victims of Crime Compensation Office (<http://www.njvictims.org>)

I've enclosed a program brochure as well as other information you may find useful at this time that you can review at your convenience. If you should change your address or telephone number, please contact us immediately at 973.621.4689 from 8:00am-5:30pm, Monday through Friday.

Finally, my message to you is one of solidarity: We see you. We hear you. We support you. We will continue to work tirelessly to hold perpetrators of sexual violence accountable for their actions and address the losses that victim/survivors experience as a result of crimes committed against them thus helping to ensure that our community spaces return to a state of health for residents to live in peace and safety. We won't give up. We hope you won't either.

Sincerely,

Pamela M. McCauley, Coordinator  
Office of Victim-Witness Advocacy

# OFFICE OF THE ESSEX COUNTY PROSECUTOR

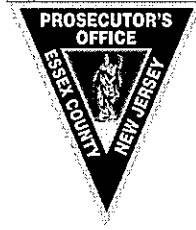
**THEODORE N. STEPHENS, II**

**ACTING ESSEX COUNTY PROSECUTOR**

ESSEX COUNTY VETERANS COURTHOUSE, NEWARK, NEW JERSEY 07102

Tel: (973) 621-4700

Fax: (973) 621-5697



**ROMESH C. SUKHDEO**  
ACTING FIRST ASSISTANT PROSECUTOR

**MITCHELL G. McGUIRE III**  
ACTING CHIEF OF DETECTIVES

Estimado sobreviviente,

Lo que te pasó estuvo mal. No solo fue una violación profundamente personal, sino también criminal. Nos tomamos estos delitos muy en serio y dedicaremos todos los recursos necesarios para identificar, arrestar y enjuiciar a criminales como el que lo lastimó.

Se le exigirá mucho a medida que su caso avance en el proceso de justicia penal. Mi oficina tiene la tarea de ayudarlo a navegar el proceso y mantenerlo informado de los cambios en el estado de su caso. Mi personal y yo trabajaremos en estrecha colaboración con el fiscal asistente, el abogado asignado para manejar su caso, así como con el personal de detectives para asegurarnos de que sea tratado de manera justa y con compasión y que sus derechos e intereses en el asunto sean considerados y respetados en su totalidad.

Como víctima de un delito sexual, tendrá acceso a los siguientes servicios:

- Referencias directas a instalaciones médicas, servicios sociales y agencias de asesoramiento.
- Información sobre el estado del caso y la disposición de los cargos.
- Información sobre el sistema de justicia penal
- Asistencia con la pronta devolución de su propiedad
- Asistencia para solicitar la indemnización médica, de asesoramiento y otras compensaciones de emergencia a través de la Oficina de Compensación para Víctimas de Delitos. (<http://www.nivictims.org>)

Adjunto un folleto del programa, así como otra información que puede resultarle útil en este momento y que puede revisar a su conveniencia. Si debe cambiar su dirección o número de teléfono, comuníquese con nosotros de inmediato al 973.621.4689 de 8:00am - a 5:30pm, de lunes a viernes.

Finalmente, mi mensaje para ustedes es de solidaridad: Los vemos. Te oímos. Te apoyamos. Continuaremos trabajando incansablemente para responsabilizar a los perpetradores de violencia sexual por sus acciones y abordar las pérdidas que sufren las víctimas / sobrevivientes como resultado de los crímenes cometidos en su contra, ayudando así a garantizar que nuestros espacios comunitarios regresen a un estado de salud para que los residentes puedan vivir en paz y seguridad. No nos rendiremos. Esperamos que usted tampoco.

Atentamente,

Pamela M. McCauley, Coordinator  
Office of Victim-Witness Advocacy

# Sexual Assault Victim's Bill of Rights

N.J. Stat. Ann. § 52:4B-60.1 et seq.

## In New Jersey, victims of sexual violence are afforded the following rights:

- (1) To have any allegation of sexual assault treated seriously; to be treated with dignity and compassion; and to be notified of existing medical, counseling, mental health, or other services available for victims of sexual assault, whether or not the crime is reported to law enforcement;
- (2) To be free, to the extent consistent with the New Jersey or United States Constitution, from any suggestion that victims are responsible for the commission of crimes against them or any suggestion that victims were contributorily negligent or assumed the risk of being assaulted;
- (3) To be free from any suggestion that victims are to report the crimes to be assured of any other guaranteed right and that victims should refrain from reporting crimes in order to avoid unwanted personal publicity;
- (4) When applicable, to no-cost access to the services of a sexual assault response team comprised of: a certified forensic nurse examiner, a confidential sexual violence advocate, and a law enforcement official as provided in accordance with the Attorney General's Standards for Providing Services to Victims of Sexual Assault, and the choice to opt into or out of any of the team's services;
- (5) To be informed of, and assisted in exercising, the right to be confidentially or anonymously tested for acquired immune deficiency syndrome (AIDS) or infection with the human immunodeficiency virus (HIV) or any other related virus identified as a probable causative agent of AIDS; and to be informed of, and assisted in exercising, any rights that may be provided by law to compel and disclose the results of testing of a sexual assault suspect for communicable diseases;
- (6) To have forensic medical evidence, if collected, retained for a minimum of five years, and to receive information about the status of the evidence upon request;
- (7) To choose whether to participate in any investigation of the assault;
- (8) To reasonable efforts to provide treatment and interviews in a language in which the victim is fluent and the right to be given access to appropriate assistive devices to accommodate disabilities that the victim may have, whether temporary or long term;
- (9) To information and assistance in accessing specialized mental health services; protection from further violence; other appropriate community or governmental services, including services provided by the Victims of Crime Compensation Office; and all other assistance available to crime victims under current law;
- (10) To be apprised of the availability and process by which a court may order the taking of testimony from a victim via closed circuit television in accordance with section 1 of P.L.1985, c.126 (C.2A:84A-32.4); and
- (11) To be apprised of the availability and process by which to seek protections through a temporary or final protective order under the "Sexual Assault Survivor Protection Act of 2015," P.L.2015, c.147 (C.2C:14-13 et seq.), if the victim believes that the victim is at risk for re-victimization or further harm by the perpetrator.

NEW JERSEY OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL

DIVISION OF CRIMINAL JUSTICE



# Sexual Assault Victim's Bill of Rights

(NJ Stat. Ann. 52:4B-60.1 et seq.)

En Nueva Jersey, las víctimas de violencia sexual tienen los siguientes derechos:

- (1) Que cualquier acusación de agresión sexual sea tratada con seriedad; ser tratado con dignidad y compasión; y ser notificado de los servicios médicos, de asesoramiento, de salud mental u otros servicios disponibles para las víctimas de agresión sexual, ya sea que se informe o no a la policía;
- (2) Estar libre, en la medida que sea compatible con la Constitución de Nueva Jersey o de los Estados Unidos, de cualquier sugerencia de que las víctimas son responsables de la comisión de crímenes en su contra o de cualquier sugerencia de que las víctimas fueron contribuyentes negligentes o asumieron el riesgo de ser agredidas;
- (3) Estar libre de cualquier sugerencia de que las víctimas deben denunciar los delitos para que se les asegure cualquier otro derecho garantizado y que las víctimas deben abstenerse de denunciar los delitos a fin de evitar la publicidad personal no deseada;
- (4) Cuando corresponda, al acceso sin costo a los servicios de un equipo de respuesta a agresiones sexuales compuesto por: una enfermera forense certificada, un defensor confidencial de la violencia sexual y un funcionario encargado de hacer cumplir la ley según lo dispuesto de acuerdo con los Estándares del Fiscal General para Brindar servicios a las víctimas de agresión sexual y la opción de optar por participar o no en cualquiera de los servicios del equipo;
- (5) Ser informado y asistido en el ejercicio del derecho a ser examinado de manera confidencial o anónima para detectar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o cualquier otro virus relacionado identificado como un probable agente causal del SIDA; y a ser informado y asistido en el ejercicio de los derechos que pueda establecer la ley para obligar y divulgar los resultados de las pruebas de un sospechoso de agresión sexual para detectar enfermedades transmisibles
- (6) Tener evidencia médica forense, si se recopila, retenida por un mínimo de cinco años, y recibir información sobre el estado de la evidencia cuando se solicite;
- (7) Elegir si participar en alguna investigación del asalto;
- (8) A los esfuerzos razonables para brindar tratamiento y entrevistas en un idioma en el que la víctima hable con fluidez y el derecho a tener acceso a dispositivos de asistencia apropiados para adaptarse a las
- (9) Información y asistencia para acceder a servicios especializados de salud mental; protección contra más violencia; otros servicios comunitarios o gubernamentales apropiados, incluidos los servicios proporcionados por la Oficina de Compensación para Víctimas de Delitos; y toda otra asistencia disponible para las víctimas de delitos según la ley actual;
- (10) Ser informado de la disponibilidad y el proceso mediante el cual un tribunal puede ordenar la toma del testimonio de una víctima a través de circuito cerrado de televisión de acuerdo con la sección I de P.L. 1985, c. 126 (C.2A: 84A-32,4); y
- (11) Ser informado sobre la disponibilidad y el proceso mediante el cual buscar protecciones a través de una orden de protección temporal o final en virtud de la "Ley de protección de sobrevivientes de agresión sexual de 2015", P.L.2015, c. 147 (C.2C: 14-13 et seq.), Si la víctima cree que la víctima está en riesgo de revictimización o daño adicional por parte del perpetrador.



# LAW & LEGISLATION

## the sexual assault survivor protection act (SASPA)



The **Sexual Assault Survivor Protection Act (SASPA)** expands opportunities for survivors of sexual violence to apply for a protective order against their perpetrator, without reporting to law enforcement or filing criminal charges. SASPA was passed into law in November 2015 and was enacted in May 2016.

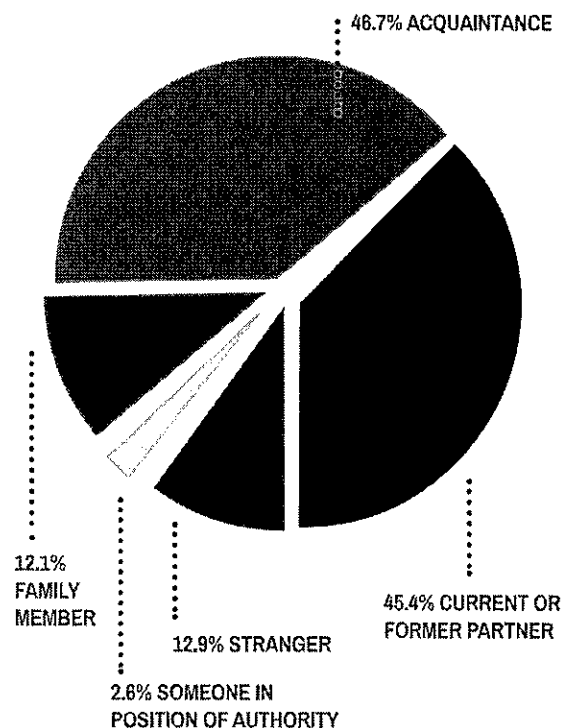
The vast majority of sexual violence survivors **know their perpetrator**. SASPA closed a legal loophole, where protective orders weren't available for survivors of sexual assault unless there was a charge or conviction.

### WHAT IS A PROTECTIVE ORDER & WHAT DOES IT DO?

A protective order is a document issued by the court to help protect a survivor from a perpetrator and stop any further acts of violence or intimidating behaviors.

A protective order can shield survivors from:

- Further acts of violence
- Seeing a perpetrator (the person can be prevented from entering specific places that the survivor or their household members regularly frequent, such as work, home, or school)
- Future contact with their perpetrator (whether in-person, over the phone, or through another person)
- Stalking behaviors
- Harassment, including online harassment, of the survivor, their family members, or their employer/employees
- Any other relief the court deems appropriate



Data per the National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, 2014. Results add up to over 100% to account for multiple perpetrators.

© New Jersey Coalition Against Sexual Assault 2017.

The New Jersey Coalition Against Sexual Assault (NJCASA) is the statewide organization representing 21 county-based rape crisis centers and Rutgers University's Office for Violence Prevention and Victim Assistance. NJCASA elevates the voices of survivors and service providers through advocacy, training, and support for efforts to create safer communities for all women, men and children.

## WHAT IS A PROTECTIVE ORDER & WHAT DOES IT DO?

There are two types of protective orders: a temporary protective order (TPO) and a final protective order (FPO).

- A **temporary protective order** is the initial type of protective order survivors can receive. It protects

against the same kind of harassing behaviors as a final protective order, but it only remains in place until the final protective order hearing.

- A **final protective order** outlines harassing behaviors that cannot continue. It is forwarded to the police department where the survivor lives, as well as where the perpetrator lives. FPOs never expire, and are valid anywhere in New Jersey.

## WHO CAN APPLY FOR A PROTECTIVE ORDER UNDER SASPA?

Generally, survivors of sexual violence who are subjected to continued harassing behaviors from their abuser, who do not qualify for a domestic violence restraining order, can apply for a protective order under SASPA.

**Survivors can apply for a protective order regardless of if the assault was reported to law enforcement.**

If you feel you are in **immediate danger**, contact local law enforcement.

## WHY MAY SOMEONE CHOOSE TO APPLY FOR A PROTECTIVE ORDER?

Everyone's situation is unique and requesting a protective order is a decision only the survivor can make. For some, a protective order will end harmful behaviors. Others may feel a protective order could cause a perpetrator to escalate.

Protective order hearings can be stressful – it may not be the right decision for you at this time, or ever. **Every person has the right** to practice self-care and make decisions that are best for their own wellbeing.

### ▶ be prepared:

While a protective order will discourage many perpetrators from continuing harassing behavior, it is often one piece of a comprehensive plan for safety and well-being. Working with an advocate may help a survivor feel empowered to access other support systems.

## HOW DO SURVIVORS APPLY FOR A TEMPORARY PROTECTIVE ORDER?

A person who is seeking a protective order may file in person at the Superior Court in their county. A list of courthouses in New Jersey is available at:

<https://www.njcasa.org/find-a-courthouse/>

The process may take several hours. You will need to provide a *specific and comprehensive* written statement to a hearing officer. Everything included in this statement can be brought up in the protective order hearing(s); anything not included *cannot be referenced in your testimony*.

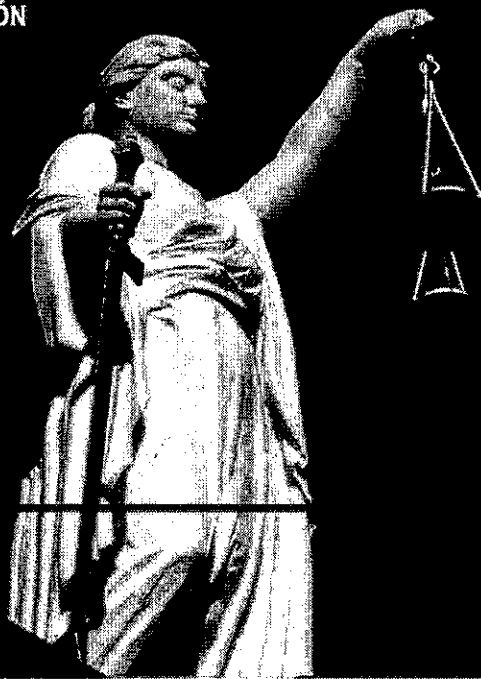
It's important that the statement comprehensively details abusive or harassing behaviors and is specific. Include actual language the perpetrator used.

### 📄 example:

Rather than saying, "He texted me a lot," include detail, such as: "He texted me six times in one hour, threatening to release pictures of me."

There are no court fees associated with receiving a TPO. While a lawyer is not necessary to seek a PO, it may be helpful to speak to one or to contact an advocate. Your county-based sexual violence service provider can provide trained advocates to provide additional information, link you with resources, and offer emotional support; **find a program at:** <https://www.njcasa.org/find-help>

FOR MORE INFORMATION:  
[HTTPS://WWW.NJCASA.ORG/SASPA/](https://www.njcasa.org/saspa/)



# DERECHO Y LEGISLACIÓN

## la ley de protección a los sobrevivientes de asalto sexual (SASPA)



La **Ley de protección a los sobrevivientes de asalto sexual (SASPA, sus siglas en inglés)** amplía las oportunidades de los sobrevivientes de asalto sexual para solicitar una orden de protección contra el perpetrador del mismo sin informar a las fuerzas del orden ni presentar cargos penales. SASPA se aprobó como ley en noviembre de 2015 y se promulgó en mayo de 2016.

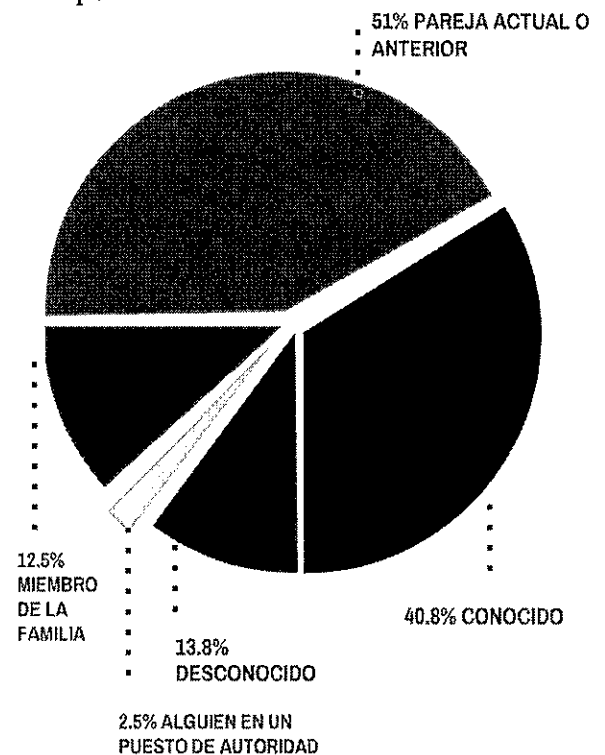
La gran mayoría de los sobrevivientes de violencia sexual (hombres y mujeres) **conocen a su perpetrador** (NISVS, 2011). SASPA cerró un vacío legal en el que las órdenes de protección no estaban disponibles para los sobrevivientes de asalto sexual a menos que presentaran un informe a la policía.

### ¿QUÉ ES UNA ORDEN DE PROTECCIÓN Y QUÉ HACE?

Una orden de protección es un documento emitido por la corte para ayudar a protegerle de un perpetrador y prevenir mayores hechos de violencia o comportamientos dañinos.

Una orden de protección puede proteger a los sobrevivientes de:

- Hechos de violencia en el futuro
- Ver a un perpetrador (se puede evitar que la persona ingrese a lugares específicos a los que usted o los miembros de su familia frecuentan habitualmente, como el trabajo, la casa o la escuela)
- Contacto futuro con el perpetrador (ya sea en persona, por teléfono o mediante otra persona)
- Comportamiento de acecho
- El acoso, que incluye el acoso en Internet, hacia usted, los miembros de su familia, o su empleador o empleados
- Cualquier otra asistencia que la corte crea apropiada



Datos proporcionados por el *National Intimate Partner and Sexual Violence Survey* (Encuesta nacional de parejas íntimas y violencia sexual), 2010. Los resultados suman más del 100% para dar cuenta de múltiples agresores.

© Coalición contra el Asalto Sexual de New Jersey de 2017.

La Coalición contra el Asalto Sexual de New Jersey (NJCASA) es la organización de alcance estatal que representa a 21 centros de ayuda a víctimas de violencia sexual en el condado y la Oficina para la Prevención de la Violencia y Asistencia a la Víctima de la Universidad Rutgers. NJCASA eleva la voz de los sobrevivientes y proveedores de servicios a través de la defensa, la capacitación y el apoyo a los esfuerzos para crear comunidades más seguras para todas las mujeres, los hombres y los niños.

## ¿QUÉ ES UNA ORDEN DE PROTECCIÓN Y QUÉ HACE?

Existen dos tipos de órdenes de protección: una orden de protección temporal (TPO) y una orden de protección final (FPO).

- Una **orden de protección temporal** es el tipo de orden de protección inicial que usted puede recibir. Los protege de los mismos tipos de comportamientos de acoso que los de la orden de protección final, pero solo es

válida hasta la última audiencia de la orden de protección.

- Una **orden de protección final** resume los comportamientos de acoso que no pueden seguir sucediendo. Se la envía al departamento de policía de donde vive el sobreviviente y también a donde vive el perpetrador. Las FPO no vencen nunca, y son válidas independientemente del estado a donde usted viaje.

## ¿QUIÉN PUEDE OBTENER UNA ORDEN DE PROTECCIÓN SEGÚN LA SASPA?

Generalmente, los sobrevivientes de violencia sexual que continuamente sufren comportamientos de acoso de parte de sus abusadores, que no califican para una orden de protección por violencia doméstica, pueden solicitar una orden de protección según la SASPA.

**Usted puede solicitar una orden de protección independientemente de haber informado el asalto a la policía.**

Si usted siente que está en **peligro inminente**, comuníquese con la policía local.

## ¿POR QUÉ PUEDE ELEGIR OBTENER UNA ORDEN DE PROTECCIÓN?

Cada situación es única, y solicitar una orden de protección es una decisión que solamente el sobreviviente puede tomar. Para algunos, una orden de protección terminará con los comportamientos dañinos de un abusador. Otros pueden sentir que una orden de protección podría hacer que el perpetrador intensifique su comportamiento.

Las audiencias por órdenes de protección pueden ser agotadoras; es posible que no sea la decisión correcta para usted en este momento o nunca. **Usted tiene el derecho** a cuidar de usted mismo y tomar las mejores decisiones para su propio bienestar.

### ▶ **esté preparado:**

Mientras que una orden de protección desalentará a muchos demandados de continuar con su acoso, a menudo es una pieza del plan integral para lograr su seguridad y bienestar. Trabajar con un defensor puede ayudarle a sentirse empoderado para tener acceso a otros sistemas de ayuda.

## ¿CÓMO SOLICITA UNA ORDEN DE PROTECCIÓN TEMPORAL?

Una persona que está buscando una orden de protección puede presentar una solicitud en persona en el Tribunal Superior de su condado. Puede encontrar una lista de los tribunales en New Jersey en <https://njcasa.org/find-help/find-a-courtthouse/>.

El proceso puede tomar varias horas. Usted necesitará presentar una declaración escrita **específica y completa** a un oficial de audiencias. Todo lo que incluya en esta declaración se puede abordar en la audiencia para una orden de protección; *no se podrá hacer referencia a lo que no incluya en su testimonio.*

Es importante que su declaración detalle completamente los comportamientos abusivos o de acoso y que sea específica. Incluya el lenguaje real que utilizó el demandado.

### 🗉 **ejemplo:**

En lugar de decir, "Él me envía muchos mensajes de texto", incluya detalles como: "Él me envió seis mensajes de texto en una hora, amenazándome con publicar fotos mías".

No existen tarifas asociadas al tribunal para recibir una TPO. Mientras que no es necesario tener un abogado para obtener una TPO, puede que le resulte útil hablar con uno, o comunicarse con un defensor. El proveedor de servicios para violencia sexual con base en el condado puede ofrecer defensores capacitados para proporcionar información adicional, conectarlo con recursos, y proporcionar apoyo emocional; **encuentre su programa en: <https://njcasa.org/buscar-ayuda/>**

**PARA MÁS INFORMACIÓN, VISITE: [NJ CASA.ORG](https://njcasa.org) / LEARN / LAW-AND-LEGISLATION / SASPA /**





**NEW JERSEY  
VICTIMS OF CRIME COMPENSATION OFFICE**

# **Claim Application and Instructions** *(effective.8.1.20)*

caring  
support  
dignity  
help  
respect

***We help put the pieces back together***



# NJ VICTIMS OF CRIME COMPENSATION OFFICE

## Claim Information and Application Instructions

---

New Jersey Victims of Crime Compensation Office (VCCO) compensates victims of crime for losses and expenses resulting from certain criminal acts. For your convenience, below are the most frequently asked questions. However, we urge you to visit our website for more information at [www.njvictims.org](http://www.njvictims.org). You can also contact your Victim/Witness Coordinator which is located in each County Prosecutor's Office. A link to those offices is on the VCCO website.

### **What crimes are covered?**

The crimes covered include but are not limited to, assault, homicide, sexual assault, kidnapping and all domestic violence incidents.

### **How much help can I get from the New Jersey Victims of Crime Compensation Office (VCCO)?**

The VCCO can award up to \$25,000\* for all expenses. However, many types of benefits have caps. Examples of expense types and the respective caps for some of them are:

- Emergency relocation costs \$3,000
- Care of child or dependent \$6,500
- Mental Health counseling \$20,000
- Funeral expenses \$7,500
- Attorney fees \$10,000
- Loss of earnings or support
- Victim rights in criminal proceedings.
- Hospital, physician and physical therapy
- Attorney fees for assistance in filing a claim and representing you in the appeal process.

### **How do I qualify for assistance?**

If you are a victim or claimant (person filing for a victim or dependents of the victim) you must show that:

- Crime is eligible under the statute.
- You are a resident of the State of New Jersey or the crime occurred in this State.
- You have compensable financial losses as a result of the criminal act.
- The crime was reported to law enforcement within 9 months, and you submitted this application within 5 years from the date of the crime. Consideration will be taken if "good cause" exists for delayed filing.
- You cooperated with police and prosecutor's office. However, eligibility is not dependent upon conviction or prosecution of the offender.
- Insurance and other payment sources such as restitution paid by the offender will not cover the bills submitted.
- With the exception of homicide cases, you did not contribute to your injuries, provoke the incident, and were not responsible for or participated in the crime that caused your injuries.
- You do not have any outstanding VCCO assessments imposed for convictions.
- You do not have any outstanding warrants for indictable offenses or pending criminal charges in Superior Court.

### **What common losses are not covered?**

- Property damage or loss, except crime scene clean up.
- Pain and suffering.

*\*Additional \$35,000.00 can be awarded for catastrophic benefits for victims with permanent disabilities.*

# NJ VCCO Claim Application Instructions

- Please read the instructions prior to starting the application. Include copies of as much related information (i.e. copies of itemized receipts, bills, insurance statements) as you have. The more information we have now, the sooner your application can be processed. However, you can always forward additional information at a later time.
- The Agency will send you a confirmation letter. Please be aware that if you are submitting your application through another Agency, there will be a delay in the VCCO receiving it.
- In addition to calling to obtain status, you can also email us at [njvictims@njvictims.org](mailto:njvictims@njvictims.org).
- If you moved or if your phone number changes, please let us know.
- Due to the high volume of the claims we receive and according to the law, the turn around time for processing a claim is 3 months of receipt of all documentation.
- The key to processing the claim expeditiously is receipt of all documentation from you, the hospitals, doctors, law enforcement, employers, governmental agencies, etc.

## Where can I get help with this application?

Contact your County Office of Victim/Witness Advocacy or the VCCO at:

Phone: (877) 658-2221

Phone: (973) 648-2107

Fax: (973) 648-3937

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

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

## Mail all applications to Newark office at:

VCCO

50 Park Place, 5th floor

Newark, NJ 07102

---

## SECTION 1:

### Victim Information (Required Section)

Print the name of the person injured at the crime scene. This should be the same person listed as the "Victim" on the law enforcement report. Complete the rest of this section with information about the victim.

## SECTION 2:

### Claimant Information (Required Section)

Print the name of the person applying for compensation if different than the victim. This person may also be the adult assuming responsibility for the crime related bills or the financially responsible person (e.g. parent, guardian, spouse) of a minor, incapacitated or incompetent person injured as a result of the crime.

## SECTION 3:

### Additional Information

Print the name of a person that the VCCO may contact if we are unable to reach you.

## SECTION 4:

### Crime Information (Required Section)

Print details about the crime here. Attach a copy of the incident report. If you don't have one, the VCCO will request one from the police and/or prosecutor. The law enforcement incident report on the crime is necessary to determine your eligibility and process the claim.

**SECTION 5:****Services Requested** (Required Section)

Please review the possible benefits available and select which services are being requested. Supporting documentation will be requested for each benefit that is selected.

**SECTION 6:****Insurance Information** (Required Section)

If you have insurance that may cover some of your crime-related bills, list your insurance information here.

**SECTION 7:****Medical/Counseling Providers**

List the names of doctors, hospitals and others who have provided services. If you already have itemized bills, please send copies with your application.

**SECTION 8:****Employment Information**

List your job information if you have not been able to work because of crime-related injuries or to take care of someone with crime related injuries.

**SECTION 9:****Dependent Information**

In an incident of homicide, list the victim's dependents who depended upon the victim for support.

**SECTION 10:****Attorney Information**

Complete this section if you hired a lawyer to represent you in this claim, assist you in court, settle an insurance claim or file a lawsuit related to this crime.

**SECTION 11:****Referral Source Information**

Print the name of the victim advocate or other professional who assisted you with this application.

**SECTION 12:****Legal Responsibility and Signature**

(Required Section)

This application is a legal document that must be read and signed by the adult Claimant.

**SECTION 13:****Authorization to Obtain Records**

(Required Section)

This Authorization to Obtain Records is necessary to obtain information from your doctors, hospital, employer, police and prosecutor, so that the VCCO can process your claim.

**SECTION 14:****Assignment of Interest** (Required Section)

This is a legal agreement that must be signed in order for the VCCO to pay compensation to you.

**SECTION 15:****Authorization for Release of Information Under the Health Insurance Portability and Accountability Act** (Required Section)

This authorization is necessary to obtain information from your health care providers under federal law. It must be completed, signed and dated in order for the VCCO to process your claim.

**SECTION 16:****Section to Provide Additional Details**

(If Needed)



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)



FOR OFFICIAL USE ONLY

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

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

Death  Personal Injury

# Claim Application

## SECTION 1: VICTIM INFORMATION

The victim is the same person listed as a victim on the crime incident report. *(complete a separate application for each victim)*  
The claimant is the person applying for compensation. Do not complete SECTION 2 if the victim is the claimant.

Mr.  Mrs.  Ms.  Mx. *(Choose One)*

Full Legal Name of Victim \_\_\_\_\_  
*Last Name First Name Middle Initial*

Social Security Number \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Check if Victim is:  Deceased (date of death \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_)  Under 18  Incompetent  Disabled

Home Mailing Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ County \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Home Phone ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Work Phone ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Cell Phone ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Sex:  Male  Female  Undesignated/Non-Binary

Race/Ethnicity:  Asian  African American  American Indian/Alaska Native  
 Latino  Middle Eastern  Native Hawaiian/Pacific Islander  
 Caucasian  Multiple Races \_\_\_\_\_  Other \_\_\_\_\_

Marital Status:  Single  Married  Divorced  Separated  Widowed

## SECTION 2: CLAIMANT INFORMATION

Claimant Definition: "Claimant" means the person applying for compensation, who may or may not be the victim of the crime that forms the basis for the claim application for compensation. Do not complete this section if you are the victim stated above.

Mr.  Mrs.  Ms.  Mx. *(Choose One)*

Full Legal Name of Claimant \_\_\_\_\_  
*Last Name First Name Middle Initial*

Social Security Number \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

The Claimant is the Victim's  Spouse  Parent  Sibling  Child  Other \_\_\_\_\_

Home Mailing Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ County \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Home Phone ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Work Phone ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Cell Phone ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

### SECTION 3: ADDITIONAL CONTACT

A person that the Victim/Claimant is comfortable with the VCCO reaching out to if the Victim/Claimant is not available.

Name \_\_\_\_\_

Relationship  Parent  Sibling  Friend  Attorney  Therapist  Other \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ County \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Phone ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Work Phone ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Cell Phone ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

### SECTION 4: CRIME INCIDENT INFORMATION

If available, attach a copy of the following: police report, incident report, TRO, FRO, etc.

Date of Crime \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Date Reported \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Name as it Appears on Incident Report \_\_\_\_\_

Name of Law Enforcement Agency \_\_\_\_\_

Location/Address of Crime \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ County \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Police Complaint Number \_\_\_\_\_ Prosecutor's File Number \_\_\_\_\_

- Type of Crime
- |                                  |                                      |   |  |
|----------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| <input type="radio"/> Arson      | <input type="radio"/> Kidnapping     | <input type="radio"/> Aggravated assault        | <input type="radio"/> Indecent acts with children    |
| <input type="radio"/> Bias crime | <input type="radio"/> Manslaughter   | <input type="radio"/> Human trafficking         | <input type="radio"/> Lewd, indecent or obscene acts |
| <input type="radio"/> Burglary** | <input type="radio"/> Robbery        | <input type="radio"/> Domestic violence         | <input type="radio"/> Disorderly conduct offenses    |
| <input type="radio"/> Murder     | <input type="radio"/> Sexual assault | <input type="radio"/> Motor vehicle offenses**  |  |
| <input type="radio"/> Stalking   | <input type="radio"/> Simple assault | <input type="radio"/> Threats to do bodily harm |  |

Brief Description of Incident and Your Injuries: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name(s) of Offender(s), if known: \_\_\_\_\_

Relationship to Offender(s), if any: \_\_\_\_\_

Was the victim living in the same household with the offender at the time of the crime?  Yes  No

Has restitution been ordered?  Yes  No

Did you file a police report within 9 months?  Yes  No\*

Is this claim filed within 5 years of the crime?  Yes  No\*

\* If you answer "No" to either of the above two questions, you must provide the Agency with legitimate reasons showing "good cause" for your failure to file timely reports. (See Section 16A or B for space to provide reasons). \*\*Certain conditions apply

## SECTION 5: SERVICES REQUESTED

Please select which service(s) are being requested. Depending on the services selected, additional information may be required.

- Medical:** Medical expenses directly related to a crime related injury and not totally covered by insurance or charity care.
- Counseling:** Mental health counseling expenses related to the incident and not covered by insurance. The maximum allowance for counseling expenses is as follows: Homicide Survivor \$20,000, Injured victim \$20,000, Secondary victim(s) \$7,000, Group Counseling \$50 a session per victim.
- Dental:** Dental expenses directly related to a crime related injury and not totally covered by insurance.
- Prescription:** Prescription expenses directly related to a crime related injury and not totally covered by insurance.
- Relocation:** The maximum allowance for relocation assistance is \$3,000. The VCCO may consider relocation expenses where there is a need to protect the health and safety of the victim and/or their family. The Office may consider expenses such as the security deposit payable directly to the landlord, temporary shelter, moving services, monthly rental and mortgage cost differential, first month's rent, one month's rent if relocation occurred within one year of filing the application and/or personal expense items deemed reasonable and necessary.
- Funeral:** The maximum allowance for funeral expenses is \$7,500. The office may consider expenses such as the funeral costs, flowers, repast expenses, cemetery costs and grave markers/headstones.
- Transportation to Funeral:** \$500 per person with a maximum reimbursement of \$3,000. This may include air fare or railroad expenses.
- Loss of earnings (victim):** Loss of earnings to a victim that were incurred directly due to the crime related injury while in a no pay status. The VCCO cannot consider reimbursement if the victim was paid through accrued vacation or sick time. Maximum loss of earnings considered is \$600 per week with a maximum of 104 weeks.
- Loss of earnings (claimant):** When the claimant was employed at the time of the incident, but missed time from work for having to care for the victim as a result of their injuries. The VCCO cannot consider reimbursement if the claimant was paid through accrued vacation or sick time. Maximum loss of earnings considered is \$600 per week with a maximum of \$7,000.
- Loss of support (homicide claim):** Loss of support may be considered when the victim was supporting the claimant/household at the time of their death. Maximum loss of support to be considered is \$600 per week not to exceed 48 months.
- Loss of support (from the offender):** Loss of support may be considered where it can be determined the offender was supporting the household prior to the incident and is now incarcerated, a fugitive or has ceased providing support due to the incident. Maximum loss of support considered is \$600 per week not to exceed 48 months.
- Stolen cash reimbursement:** (Senior citizen or permanently disabled persons only) VCCO may reimburse cash (minimum \$50) stolen directly from the person of an eligible crime victim where the monetary loss was reported to police. Maximum reimbursement is \$1,000.

## SECTION 5: SERVICES REQUESTED *continued*

- Attorney fees** (victims' rights in certain criminal and/or civil proceedings that are directly related to the VCCO claim): VCCO can assist with certain fees when the representation is related to the criminal matter upon which the claim is based. Attorney fees are payable at \$275 per hour not to exceed \$10,000 maximum allowance.
- Attorney representation with filing claim:** Attorney fees payable at \$275 per hour or 15% of the total award whichever is less.
- Domestic help:** VCCO may reimburse domestic help expenses arising as a direct result of the crime. Domestic help may include housecleaning, laundry, cooking, companionship and other services related to providing day to day living support for the victim. Maximum reimbursement is \$6,500.
- Day care services:** VCCO may reimburse child care or day care expenses for a minor child (14 years old or less) or for an adult where the need for such services is a direct result of the crime. Maximum reimbursement is \$6,500.
- Medical equipment:** VCCO may reimburse reasonable charges for reasonably needed products such as wheelchairs, braces, splints, crutches, walkers and other personal adaptive equipment required to meet the victim's disability needs.
- Medically related transportation:** VCCO may reimburse transportation costs for the victim's visits to treating physicians and other health care facilities. Maximum reimbursement is 31 cents per mile not to exceed \$10 per day and \$3,000 total.
- Crime Scene Clean up:** VCCO may compensate the reasonable and necessary costs for the cleaning of a victim's residence and/or personal vehicle where the injurious crime occurred or where the direct costs have become the direct victim or claimant's financial responsibility. Compensation includes the actual clean-up costs, reasonable replacement value of bedding, carpeting, doors, windows, locks or furniture which has been rendered damaged or useless as a result of the crime or the collection of evidence. Maximum allowance for crime scene clean-up shall not exceed \$4,000 in the aggregate.
- Bereavement:** Loss of earnings may be paid to members of the victim's family for funeral attendance and bereavement for a period of no more than two weeks. Maximum loss of earnings to be considered is \$600 per week.
- Court Attendance:** Loss of earnings may be paid to victims and secondary victims for court attendance. Maximum loss of earnings to be considered is \$600 per week with a maximum allowance of \$7,000 for all secondary victim expenses.
- Court Attendance transportation:** VCCO may reimburse transportation costs for the victim/claimant's court attendance. Maximum reimbursement is 31 cents per mile not to exceed \$10 per day and \$3,000 total.

**Supplemental Compensation for Catastrophically Injured (CAT):** A catastrophically injured crime victim is defined as a person who has been determined by the Office to have sustained a severe long-term or life-long injury. Compensation for loss of earnings, loss of support, property damage and pain and suffering is excluded from catastrophic injury compensation. The VCCO may make one or more supplemental awards solely for the purpose of providing rehabilitative assistance and services to direct victims who have been catastrophically injured.

- Please check if you believe you may meet these criteria and wish to apply for CAT assistance.



## SECTION 6: HEALTH INSURANCE/BENEFITS INFORMATION

Please identify any Health and/or Automobile Insurance coverage. The insurance information provided may be used to notify a provider of medical services that there is another source of payment before the VCCO can consider compensation in accordance with N.J.A.C. 13:75- 1.19.

MEDICAL INSURANCE  Yes  No

Carrier \_\_\_\_\_

Policy No. \_\_\_\_\_

SECONDARY MEDICAL INSURANCE  Yes  No

Carrier \_\_\_\_\_

Policy No. \_\_\_\_\_

DENTAL INSURANCE  Yes  No

Carrier \_\_\_\_\_

Policy No. \_\_\_\_\_

AUTOMOBILE INSURANCE  Yes  No

Carrier \_\_\_\_\_

Policy No. \_\_\_\_\_

If neither the victim nor the offender has auto insurance, and the incident involves a motor vehicle, then the claimant must apply to the New Jersey Property Liability Insurance Guaranteed Association (NJPLIGA) within 180 days from the date of the incident.

Have you applied to NJPLIGA?  Yes  No

WORKER'S COMPENSATION  Yes  No

HOME OWNER'S/RENTER'S INSURANCE  Yes  No

Carrier \_\_\_\_\_

Policy No. \_\_\_\_\_

Charity Care  Yes  No Date of charity care application \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

If you checked no, VCCO is the payer of the last resort, the victim's/claimant's primary insurance or charity care will come first. Please apply for charity care at the hospital where the victim was treated.

## SECTION 7: MEDICAL/COUNSELING PROVIDERS

Hospital/Doctor Name \_\_\_\_\_

Date(s) of Treatment \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Phone Number \_\_\_\_\_

Hospital/Doctor Name \_\_\_\_\_

Date(s) of Treatment \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Phone Number \_\_\_\_\_

Hospital/Doctor Name \_\_\_\_\_

Date(s) of Treatment \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Phone Number \_\_\_\_\_

## SECTION 8: LOST WAGES/SUPPORT INFORMATION

Complete if you have lost time from work because of your injuries or to take care of an injured victim.

*(If more than one employer, please attach additional sheets)*

Victim loss of Earnings    Claimant Loss of Earnings    Loss of Support

Employee Name \_\_\_\_\_

Company Phone ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_      Company Fax ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Company/Business Name \_\_\_\_\_

Company/Business Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ County \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Dates absent from work due to crime related injuries: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ to \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Did the incident occur while on the job?    Yes    No

If injured on the job, does your employer have Worker's Compensation?    Yes    No

Have you applied for State/ Private Disability or Family Leave for reimbursement for lost wages?    Yes    No

If YES, supply all notices received from State/Private Disability or Family Leave.

Is your household losing income/paychecks due to the crime?    Yes    No

Are you missing work to care for the victim?    Yes    No

*If available, please supply your pay stubs from the week before the crime, the week you returned to work and a letter from your doctor stating your period of disability.*

*If you are self-employed, you must supply copies of your income tax returns and business tax returns for the last 2 years before the crime.*

*Loss of support may be awarded for dependents of homicide victims. Please supply copies of the victim's income tax returns for the last three years.*

## SECTION 9: DEPENDENT INFORMATION

Tell us about the victim's dependents or others who depended on the victim for support. *(If none, skip to section 10)*

Dependent Name \_\_\_\_\_ Relationship to Victim \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Social Security Number \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_      Are you the legal guardian?    Yes    No

Dependent Name \_\_\_\_\_ Relationship to Victim \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Social Security Number \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_      Are you the legal guardian?    Yes    No

Dependent Name \_\_\_\_\_ Relationship to Victim \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Social Security Number \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_      Are you the legal guardian?    Yes    No

Is there anyone else who depended upon the victim for court ordered support?    Yes    No

## SECTION 10: ATTORNEY INFORMATION

**A.** Type of representation:  VCCO Application  Civil Suit  Victim rights in criminal matters/criminal proceedings

Name of Attorney \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ County \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Phone ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**B.** Type of representation:  VCCO Application  Civil Suit  Victim rights in criminal matters/criminal proceedings

Name of Attorney \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ County \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Phone ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**C.** I intend to file a lawsuit at a later date  Yes  No

## SECTION 11: REFERRAL INFORMATION

Who referred you to the VCCO?  Police  Friend/Relative  Prosecutor  Victim Witness Coordinator

Hospital  Funeral Home  Domestic Violence/Rape Crisis Center  Brochure/Poster  Internet

Medical professional  Other \_\_\_\_\_

## SECTION 12: LEGAL AUTHORIZATION AND SIGNATURE

*This is a legal document which must be signed by an adult.\**

### Program Qualification:

I understand that I am responsible for all bills and the compensation program is designed to pay certain costs not covered by another source. Submitting this application does not entitle me to benefits.

### Reimbursement:

I agree to repay the VCCO if I receive money from another source up to the amount paid on my behalf. This includes any payment I may receive from the offender, any insurance policy or settlements, judgments, or civil law suits.

I have provided accurate and truthful information to the best of my knowledge, information and belief. I have not knowingly withheld, concealed or misrepresented any information that would have a material bearing on my eligibility for benefits or compensation. I understand that if any of the information I have provided is knowingly false, I may be subject to civil and criminal punishment.

X \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

*Signature of Victim/Claimant*

*\* Legal representative must sign if the victim is under 18, legally declared incompetent or deceased.*

## SECTION 13: AUTHORIZATION TO OBTAIN RECORDS

I, \_\_\_\_\_, authorize the NJ Victims of Crime Compensation Office (VCCO) or its agent, representative or bearer to inspect, review and make copies, including photostatic copies, of all medical records and records pertaining to employment, earnings, income or grant from any agency, attendance and any other records pertaining to or related to employment or economic assistance, and police and prosecutors reports necessary to determine qualification for my claim for compensation. Photocopies of this authorization will be considered as valid as the original.

X \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
*Signature of Victim/Claimant*

Legal representative must sign if the victim is under 18, legally declared incompetent or deceased.

## SECTION 14: ASSIGNMENT OF INTEREST

I, \_\_\_\_\_, understand that New Jersey law requires me to reimburse the NJ Victims of Crime Compensation Office (VCCO) for any monies I may receive from other sources. I shall contact the VCCO upon receipt of such additional monies from the offender, civil law suit, restitution, insurance program, or any other governmental or private agency.

I further assign and give to the VCCO the right to be directly reimbursed for two-thirds of the VCCO's award to me from the proceeds of any civil law suit I have started or will start arising out of this incident.

I also assign and give to the VCCO the right to be reimbursed from Probation, the Juvenile Justice Commission, the Department of Corrections for the amount to be paid to me in the way of restitution ordered by the court in any criminal proceedings related to the incident. Reimbursement to the VCCO shall be limited to expenses for which the VCCO has awarded compensation to me.

I certify that I am signing this Assignment of Interest freely and voluntarily. I understand that this Assignment must be signed in order to receive compensation. I further certify that if at any time I initiate a civil lawsuit, I will provide a copy of this Assignment of Interest to my attorney with the instruction that my attorney is bound by its terms. I understand that the VCCO is relying in good faith on this Assignment in order to pay compensation to me.

X \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
*Signature of Victim/Claimant*

Legal representative must sign if the victim is under 18, legally declared incompetent or deceased.

# SECTION 15: AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION UNDER THE HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT

Patient's Name \_\_\_\_\_ Social Security Number \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Phone ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ County \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

I authorize the use and disclosure of health information about me as described below

Facility authorized to release my health information: \_\_\_\_\_

Agency or individual(s) authorized to receive my health information: NJ Victims of Crime Compensation Office

Health information that may be used/disclosed is limited to the following:

- Discharge Summary   
  History & Physical   
  Consultation(s)   
  Lab  
 Operative Notes(s)   
  Pathology Report   
  Imaging/X-ray   
  Entire Record  
 Other (specify) \_\_\_\_\_

Health information that may be used/disclosed is limited to the following treatment dates: \_\_\_\_\_

Health information to be released to the above named agency/individual is to be used/disclosed for the following purpose(s) (include Research or Marketing, if appropriate): To determine the amount of compensation the patient is entitled to receive, including the payment of any outstanding bills for services rendered by the facility to the patient.

Health information identifies you (the patient) by name, and includes other demographic information about you. Health information may include, but is not limited to: medical records, x-ray films, slides, tracings, strips, etc. I hereby discharge the releasing facility its agents and employees from any and all liabilities, responsibilities, damages and claims which might arise from the release of information authorized herein, to include alcohol, drug abuse, communicable disease including HIV status, and/or psychiatric diagnoses compiled during my visit, encounter or hospitalization, or make copies thereof in accordance with the policies of this facility.

Protected Health information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer protected by this privacy rule. If research-related Health information is used or disclosed for continued research purposes, an expiration date or event does not apply.

This authorization shall be valid for the entire duration of the processing of my compensation claim at the NJVCCO and shall terminate at such time the NJVCCO has rendered a final decision for my compensation benefits. I understand that I have a right to revoke this authorization at any time, in writing, as stated in the Notice of Privacy Practices, except where the facility has already made disclosures in reliance upon my prior authorization.

Treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits may not be conditioned on obtaining an authorization if the Health Insurance Portability Accountability Act prohibits such conditioning. If conditioning is permitted, refusal to sign the authorization may result in denial of care or coverage.

NOTICE TO RECEIVING AGENCY OR INDIVIDUAL: This information is to be treated in accordance with Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA) privacy regulations.

Patient's or Authorized Personal Representative's Signature X	Date	Time <input type="radio"/> A.M. <input type="radio"/> P.M.
Relationship to Patient / Authority to Act on Patient's Behalf	Interpreter, if Utilized	
Witness Signature X	Expiration Date or Event	

# SECTION 16: ADDITIONAL INFORMATION

A: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

B: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



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)



NEW JERSEY  
OFICINA DE COMPENSACIÓN PARA VÍCTIMAS DEL CRIMEN

## Solicitud de reclamo e instrucciones *(vigente.8.1.20)*

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 (VCCO, por sus siglas en inglés) de Nueva Jersey compensa a las víctimas de un crimen por las pérdidas y los gastos resultantes durante la comisión de ciertos actos delictivos. Para su conveniencia, a continuación encontrará las preguntas que se presentan con más frecuencia. Sin embargo le pedimos visitar nuestro sitio web en [www.njvictims.org](http://www.njvictims.org) para mayor información. Además puede contactar al Coordinador de Víctimas/Testigos, localizado en cada oficina del Procurador del Condado. Un enlace para esas oficinas está localizado en el sitio web de la VCCO.

#### ¿Qué crímenes están cubiertos?

Los crímenes que cubre incluyen pero no se limitan a, agresión, homicidio, agresión sexual, secuestro y todos los incidentes relacionados con la violencia doméstica.

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

La VCCO puede otorgar hasta \$25,000\* por todos los gastos. Sin embargo, muchos tipos de beneficios tienen límites. Ejemplos de diferentes gastos y de sus respectivos límites:

- Reubicación de emergencia \$3,000
- Cuidado de niño o dependiente \$6,500
- Consejería de Salud Mental \$20,000
- Gastos de Funeral \$7,500
- Cuotas de Abogados \$10,000
- Pérdida de ingresos o manutención
- Derechos de víctimas en procesos penales
- Gastos médicos, de hospitales y de terapia física
- Cuotas de Abogado para ayudarlo a entablar una demanda y al representarlo en el proceso de la apelación.

#### ¿Cómo califico para recibir asistencia?

Si usted es la víctima o solicitante (persona que presenta la solicitud de parte de la víctima o de parte de los dependientes de la víctima) usted debe probar que:

- El delito es elegible bajo la ley.
- Usted es residente del Estado de Nueva Jersey o que el delito ocurrió en este estado.
- Usted sufrió pérdidas económicas indemnizables como resultado del acto penal.
- El delito fue reportado a las agencias del orden público dentro de un plazo de 9 meses, y usted presentó esta solicitud dentro del plazo de 3 años desde la fecha del delito. Se tomará consideración al presentar una solicitud tardía si existe justificación suficiente para ello.
- Usted coopero con la Policía y con la Oficina del Procurador. Sin embargo, su elegibilidad no depende de una condena o del enjuiciamiento del ofensor.
- El seguro y otras fuentes de pago tales como la restitución que haya pagado el ofensor no logran cubrir el monto de las facturas que se han presentado.
- Con la excepción de casos de homicidio, usted no contribuyó a sus lesiones, provocó el incidente, y no es responsable por ni participó en el delito que le causó sus lesiones.
- No tiene ninguna multa de VCCO aún pendiente que pagar por alguna condena.
- Usted no tiene ninguna orden de arresto pendiente por ofensas procesables ni tiene cargos

#### ¿Qué pérdidas comunes **no** están cubiertas?

- Daño a propiedad o pérdidas, excepto la limpieza a un lugar del crimen.
- Dolor y Sufrimiento.

\*Otros más \$35,000.00 se pueden otorgar para beneficios catastróficos a víctimas con discapacidades permanentes.



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

- Por favor lea las instrucciones antes de empezar la solicitud. Incluya copias de toda la información relacionada (ej. copias de facturas detalladas, cuentas, estados de cuentas de seguros) que usted tenga. Cuanta más información tengamos ahora, lo antes que podrá procesarse su solicitud. Sin embargo, siempre puede enviarnos información adicional después.
- La agencia le enviara una carta de confirmación. Por favor sepa que si usted está presentando su solicitud a través de otra agencia, se retrasará en que la reciba la VCCO.
- Además de llamarnos para averiguar cómo va su reclamo, también puede enviarnos un correo electrónico a [njvictims@njvictims.org](mailto:njvictims@njvictims.org).
- Si se ha mudado o si cambia su número de teléfono, favor de notificarnos.
- Debido a la gran cantidad de reclamos que recibimos y de acuerdo con la ley, el tiempo que tarda procesar un reclamo es de 3 meses luego de haber recibido todos los documentos de prueba.
- La clave para poder procesar el reclamo rápidamente es el haber recibido todos sus documentos, de los hospitales, doctores, agencias del orden público, patrones, 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 de Víctima

(Sección Requerida)

Escriba en letra de molde el nombre de la persona que resultó herida en el sitio del crimen. Deberá ser la misma persona que aparece listada como "Víctima" en el informe de las agencias del Orden Público. Complete el resto de esta sección con información sobre la víctima.

## SECCIÓN 2: Información del Solicitante

(Sección Requerida)

Escriba en letra de molde el nombre de la persona que está solicitando la compensación si es diferente a la víctima. Esta persona además puede ser el adulto que asuma responsabilidad por las cuentas relacionadas con el crimen o puede ser la persona económicamente responsable (e.j. padre/madre, tutor, esposo) de un menor de edad, o persona discapacitada o no competente que haya sido lesionada como resultado de un crimen.

## SECCIÓN 3: Información Adicional

Escriba en letra de molde el nombre de una persona que la VCCO puede contactar si no logramos contactarle a usted.

## SECCIÓN 4: Información del Crimen

(Sección Requerida)

Escriba los detalles del crimen en letra de molde aquí. Adjunte una copia del informe del incidente. Si no la tiene, la VCCO le pedirá una a la agencia del orden público o al procurador. El informe del incidente de las agencias del orden público es necesario para determinar su elegibilidad y para procesar el reclamo.

**SECCIÓN 5:**  
**Servicios Solicitados**  
(Sección Requerida)

Por Favor repase los posibles beneficios disponibles y seleccione cuales servicios está solicitando. Se pedirá documentación en apoyo a cada beneficio que se seleccione.

**SECCIÓN 6:**  
**Información de Seguros**  
(Sección Requerida)

Si usted tiene seguro que pueda cubrir algunos de sus cuentas relacionadas con su crimen, proporcione su información de seguro aquí.

**SECCIÓN 7**  
**Proveedores de Tratamiento Médico/Consejería**  
Liste el nombre de Hospitales y doctores que le han proveído servicios. Si ya tiene facturas detalladas, favor de enviar copias con su solicitud.

**SECCIÓN 8:**  
**Información de Trabajo**

Liste la información de su trabajo si usted no ha podido trabajar por lesiones relacionadas al crimen o por estar cuidando de alguien que tiene lesiones relacionadas al crimen.

**SECCIÓN 9:**  
**Información de Dependientes**

En un incidente de homicidio, liste los dependientes de la víctima que dependían de la víctima para su manutención.

**SECCIÓN 10:**  
**Información de su Abogado**

Complete esta sección si usted contrató a un abogado para representarlo/a en este reclamo, ayudarlo en el tribunal, llegar a un acuerdo en un reclamo de seguros o para entablar una demanda relacionada con este crimen.

**SECCIÓN 11:**  
**Información de Fuente de Referido**

Escriba el nombre del/de la representante de víctimas o del/de la profesional que le ayudó a usted con esta solicitud.

**SECCIÓN 12:**  
**Responsabilidad Legal y Firma**

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

**SECCIÓN 13:**  
**Autorización para obtener expedientes**  
(Sección Requerida)

Este permiso para obtener sus expedientes es para obtener información de parte de sus doctores, su hospital, patrón, la policía y el procurador para que la VCCO pueda procesar su reclamo.

**SECCIÓN 14:**  
**Asignación de Interés**

(Sección Requerida)  
Este es un acuerdo legal que debe ser firmado para que la VCCO le pague alguna compensación a usted.

**SECCIÓN 15:**  
**Autorización para divulgar información Conforme a la Ley de Privacidad HIPAA**  
(Sección Requerida)

Esta autorización es necesaria para obtener información de parte de todos sus proveedores de servicios de salud bajo las leyes federales. Debe ser llenada firmada y fechada para que la VCCO pueda procesar su reclamo.

**SECCIÓN 16:**  
**Sección Para 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 listada como víctima en el informe del incidente del crimen (complete una solicitud separada para cada víctima) El/la solicitante es la persona que está solicitando compensación. No complete La SECCIÓN 2 si la víctima es el/la solicitante.

Sr.  Sra.  Srta.  Mx. (Elija uno)

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

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

Marcar si la víctima:  Falleció (fecha de fallecimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_)  
 Es Menor de 18 años  Es incompetente  Está Discapacitado/a

Dirección de correo de casa \_\_\_\_\_

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

Teléfono de casa ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

Sexo:  Masculino  Femenino  No designado/No-Binario

Raza/Etnicidad:  Asiático/a  Latino/a  Indio Americano / Nativo de Alaska  
 Caucásico  Múltiples Razas  Nativo de Hawái / Islas del Pacifico  
 Oriente Medio  Afro Americano/a  Otro \_\_\_\_\_

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

## SECCIÓN 2: INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

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

Sr.  Sra.  Srta.  Mx. (Elija uno)

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 de casa \_\_\_\_\_

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

Teléfono de casa ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

### SECCIÓN 3: CONTACTO ADICIONAL

Una persona en la que confía el/la solicitante y que la VCCO pueda contactar en caso de no estar disponible la víctima o solicitante.

Nombre \_\_\_\_\_

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

Dirección \_\_\_\_\_

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

Teléfono ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

### SECCIÓN 4: INFORMACIÓN SOBRE EL INCIDENTE CRIMINAL

Si los tiene disponibles, adjunte una copia de los siguientes: informe de policía, informe del incidente, Orden de restricción temporal, Orden de restricción permanente, etc.

Fecha del crimen \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha que se reportó \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

Nombre de agencia del orden público \_\_\_\_\_

Lugar/dirección del crimen \_\_\_\_\_

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

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

Tipo de crimen:

- Acecho  Robo violento\*\*  Incendio provocado  Comportamiento Escandaloso  
 Asesinato  Agresión simple  Violencia Domestica  Actos indecentes con menores  
 Secuestro  Agresión Sexual  Agresión con agravantes  Ofensas de vehículos motorizados\*\*  
 Discriminación  Trata de personas  Amenazas de propinar daño corporal  
 Allanamiento\*\*  Homicidio Culposo  Actos lascivos, obscenos, indecentes

Breve descripción del incidente y de las lesiones que sostuvo: \_\_\_\_\_

Nombre(s) del (los) Ofensor(es), si los sabe: \_\_\_\_\_

Relación con el (los) ofensor (es), si hay alguna: \_\_\_\_\_

¿Ha presentado este reclamo dentro de los 5 años desde que ocurrió el crimen?  Sí  No\*

¿Vivía la víctima en el mismo hogar que el ofensor cuando ocurrió el crimen?  Sí  No

¿Se ha ordenado pagar restitución?  Sí  No

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

\*Si contestó "No" a alguna de las dos preguntas anteriores, debe proveerle a la agencia razones legítimas para justificar el no presentarlos informes a tiempo. (Ver la sección 16A o B para el espacio donde deberá listar sus razones).

\*\*Ciertas condiciones aplican.

## SECCIÓN 5: SERVICIOS SOLICITADOS

Por favor seleccione los servicios que solicitará. Dependiendo de cuales servicios solicite, es posible se le requiera presentar información adicional.

- Servicios Médicos:** gastos médicos directamente relacionados con una lesión asociada con el incidente y que no esté cubierta por el Seguro o por el "charity care" (servicios de caridad).
- Consejería y Terapia:** gastos de asesoría de salud mental relacionados con el incidente y que no estén cubiertos por el seguro. El otorgamiento máximo de asesoría de salud mental es el siguiente: Sobreviviente de homicidio \$20,000, víctima lesionada \$20,000, víctima(as) secundaria (s) \$7,000, Consejería y Terapia en grupo \$50 por sesión por víctima.
- Servicios Dentales:** Gastos dentales relacionados directamente con una lesión o golpe asociados con un crimen y no cubiertos en su totalidad por el seguro.
- Recetas Médicas:** Gastos de recetas médicas directamente relacionados con una lesión asociada con un crimen y no estén totalmente cubiertos por el seguro.
- Reubicación:** La cantidad máxima que se otorga para la reubicación es \$3,000. La VCCO puede considerar pagar gastos de reubicación cuando exista la necesidad de proteger la salud y seguridad de la víctima o de su familia. La oficina puede considerar pagar gastos tales como el depósito de seguridad directamente al arrendador, albergue temporal, servicios de mudanzas, la diferencia entre los pagos mensuales de hipoteca y los pagos de renta mensual, pagos del primer mes de alquiler, un mes de renta si la reubicación tomo lugar dentro de un plazo de un año de haber presentado la solicitud y o gastos razonables que se consideren ser razonables y necesarios.
- Funeral:** El otorgamiento máximo para gastos de funeral es de \$7,500. La oficina puede considerar pagar por gastos tales como gastos de funeral, flores, gastos de comidas, gastos de cementerio, y gastos de lápidas y marcadores de tumbas.
- Transporte al Funeral:** \$500 por persona con un reembolso máximo de \$3,000. Esto puede incluir gastos de transporte aéreo o transporte en ferrocarril.
- Pérdida de ingresos (víctima):** Pérdida de ingresos de una víctima producida directamente debido a la lesión relacionada con el crimen cuando la víctima no estaba recibiendo pagos. La VCCO no puede considerar presentar un reembolso si el/la solicitante recibió algún pago debido a días acumulados por enfermedad o por vacaciones. La Pérdida máxima de ingresos a considerarse es de \$600 por semana con un máximo de 104 semanas.
- Pérdida de ingresos (solicitante):** Cuando el solicitante estaba empleado cuando ocurrió el incidente, pero perdió tiempo de su trabajo por tener que cuidar de la víctima como resultado de las lesiones de ésta. La VCCO no puede considerar pagos si al solicitante se le pagó por días acumulados de enfermedad o de vacaciones. La Pérdida máxima de ingresos que se considerará es de \$600 por semana con un máximo de \$7,000.
- Pérdida de manutención (reclamo de homicidio):** Se puede considerar un reclamo por pérdida de manutención si la víctima estaba manteniendo al solicitante o a su familia cuando murió. La cantidad máxima de manutención que se considerará es de \$600 por semana a no exceder 48 meses.
- Pérdida de manutención (del ofensor):** Se podrá considerar la Pérdida de manutención cuando se pueda determinar que el ofensor mantenía al hogar antes del incidente y ahora está encarcelado, and prófugo o ha dejado de mantenerlos debido al incidente. La cantidad máxima a considerarse es de \$600 por semana a no exceder 48 meses.
- Reembolso de dinero en efectivo robado:** (solo para ancianos o personas permanentemente discapacitadas) La VCCO puede reembolsar efectivo (mínimo \$50) robado directamente a la víctima cuando este robo se haya reportado a la policía. El reembolso máximo es de \$1,000.

## SECCIÓN 5: SERVICIOS SOLICITADOS (continuación)

- Honorarios de Abogado:** (derechos de las víctimas en ciertos procedimientos penales y/o civiles directamente relacionados al reclamo VCCO): VCCO puede ayudar con ciertos honorarios si la representación está relacionada con el caso penal en que se basa la demanda. Los honorarios de abogados son pagaderos en \$275 por hora a no exceder el máximo de \$10,000.
  - Representación de abogado al interponer un reclamo:** Honorarios de abogado pagaderos en \$275 por hora a no exceder el 15% del otorgamiento total o la cantidad que sea menor.
  - Servicios Domésticos:** VCCO puede reembolsar gastos de servicios de ayuda doméstica que surjan como resultado directo del crimen. Estos servicios domésticos pueden incluir limpieza de casa, lavado de ropa, ayuda en la cocina, compañía y otros servicios relacionados al apoyo de la víctima en su diario vivir. Reembolso máximo de \$6,500.
  - Servicios de guardería:** VCCO puede reembolsar gastos de cuidado infantil o guardería para un menor (14 años o menos) o para un adulto cuando estos servicios se necesiten como resultado directo del crimen. Reembolso máximo de \$6,500.
  - Equipo médico:** VCCO puede reembolsar cobros razonables por equipo médico que sea necesario tal como sillas de rueda, soportes ortopédicos, tablillas, muletas, andadores y otro equipo de adaptación personal necesario para manejar la discapacidad de la víctima.
  - Transporte a las citas médicas:** VCCO puede reembolsar los gastos de transporte de la víctima a sus visitas médicas y a otros establecimientos de salud. El reembolso máximo es de 31 centavos por milla a no exceder \$10 al día y \$3,000 total.
  - Limpieza del lugar del crimen:** La VCCO puede compensar por gastos razonables y necesarios por la limpieza de la residencia de la víctima y/o su vehículo personal donde haya ocurrido el crimen \*\*\*\*\* o cuando los gastos directos se han convertido en la responsabilidad financiera de la víctima o solicitante. La compensación incluye, gastos de limpieza, reemplazo razonable del valor de ropa de cama, alfombrado, puertas, ventanas, cerrajería o muebles que hayan resultado dañados o destrozados como resultado del crimen o la colecta de evidencias. El otorgamiento total por la limpieza del lugar del crimen no deberá exceder \$4,000 en total.
  - Duelo:** Se puede compensar por Pérdida de ingresos a la familia de la víctima por asistir al funeral y su duelo por un periodo de tiempo de no más de dos semanas. La pérdida de ingresos máxima a ser considerada es de \$600 por semana.
  - Comparecencia al tribunal:** Se puede pagar por Pérdida de ingresos a las víctimas y a las víctimas secundarias por su comparecencia al tribunal. La cantidad máxima de pérdida de ingresos a ser considerada es de \$600 por semana con un máximo de \$7,000 por todo gasto de la víctima secundaria.
  - Transporte para comparecer en el tribunal:** La VCCO puede reembolsar gastos de transporte y las comparecencias al tribunal de la víctima o el/la solicitante. El reembolso máximo es de 31 centavos por milla a no exceder \$10 por día y \$3,000 en total.
- Compensación suplementaria por lesión catastrófica (CAT):** Se define a una víctima catastróficamente lesionada como una persona que la Oficina haya determinado ha sostenido una lesión grave o que se espera le durará de por vida. La compensación por pérdida de ingresos, pérdida de manutención, daños a propiedad y dolor y sufrimiento queda excluida de la compensación por lesión catastrófica. La VCCO puede proveer un pago suplementario o más con el único propósito de proporcionar ayuda de rehabilitación y servicios a las víctimas directas de lesiones catastróficas.
- Por favor marque aquí si usted cree que llena los requisitos y desea solicitar asistencia de CAT.

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

Por favor indique cobertura de Seguro de salud o de automóvil. La información proporcionada puede ser utilizada para notificar a un proveedor de servicios de salud que existe otra fuente de pago antes que la VCCO considere pagar conforme a la ley N.J.A.C. 13:75- 1.19.

SEGURO MÉDICO  Sí  No

Compañía \_\_\_\_\_

Póliza No. \_\_\_\_\_

SEGURO MÉDICO SECUNDARIO  Sí  No

Compañía \_\_\_\_\_

Póliza No. \_\_\_\_\_

SEGURO DENTAL  Sí  No

Compañía \_\_\_\_\_

Póliza No. \_\_\_\_\_

SEGURO DE AUTOMÓVIL  Sí  No

Compañía \_\_\_\_\_

Póliza No. \_\_\_\_\_

Si ni la víctima ni el ofensor tienen seguro de automóvil, y el incidente involucró un vehículo motorizado, el solicitante debe presentar una solicitud a la New Jersey Property Liability Insurance Guaranteed Association (NJPLIGA) dentro de un plazo de 180 días de la fecha del incidente.

¿Ha solicitado a la NJPLIGA?  Sí  No

COMPENSACION LABORAL  Sí  No

SEGURO DE ARRENDADOR/ARRENDATARIO  Sí  No Compañía \_\_\_\_\_

Póliza No. \_\_\_\_\_

Charity Care  Sí  No Fecha de solicitud de charity care \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Si marcó "No" la VCCO es el pagador de último recurso, primero se le cobrara a la compañía de seguro de la víctima/ solicitante y al charity care. Por favor solicite ayuda de charity care en el hospital donde recibió tratamiento la víctima.

## SECCIÓN 7: PROVEEDORES DE TRATAMIENTO MÉDICO/ASESORAMIENTO

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Tel: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Tel: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Tel: \_\_\_\_\_

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

Llenar si usted ha perdido tiempo de su trabajo a causa de sus lesiones o para cuidar a una víctima lesionada.  
(Si cuenta con más de un empleador, adjunte hojas adicionales)

Pérdida de ingresos de la víctima     Pérdida de ingresos del solicitante     Pérdida de manutención

Nombre del empleado \_\_\_\_\_

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

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

Dirección de la compañía o negocio \_\_\_\_\_

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

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

¿Ocurrió el incidente mientras estaba en el trabajo?  Sí  No

¿Si se lesiono en el trabajo, su empleador cuenta con Seguro de compensación laboral?  Sí  No

¿Ha solicitado beneficios del estado/Incapacidad Privada o Ausencia Laboral por razones familiares para que le reembolsen los salarios perdidos?  Sí  No

Si respondió "Sí", presente toda notificación recibida del Estado/Incapacidad Privada/ o ausencia Laboral por razones de trabajo.

¿Ha perdido su familia ingresos/pagos debido al crimen?  Sí  No

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

Si los tiene, por favor enviar los comprobantes de pago de la semana anterior al crimen, de la semana que regresó al trabajo y una carta del médico con la fecha de su discapacidad

Si trabaja por su propia cuenta debe presentar declaraciones de impuestos de los 2 últimos años antes del crimen

Se puede otorgar perdida de manutención a los dependientes de víctimas de homicidio. Favor remitir copias de las declaraciones de impuesto de la víctima de los últimos 3 años

## SECCIÓN 9: INFORMACIÓN SOBRE LOS DEPENDIENTES

Presente información sobre los dependientes de la víctima u otras personas que dependen de la víctima para manutención.  
(Si no hay, vaya a la sección 10).

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

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

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ¿Es usted el tutor legal?  Sí  No

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

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

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ¿Es usted el tutor legal?  Sí  No

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

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

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ¿Es usted el tutor legal?  Sí  No

¿Hay alguien más que dependía de la víctima para manutención ordenada por un tribunal?  Sí  No



## SECCIÓN 10: INFORMACIÓN SOBRE EL ABOGADO

**A.** Tipo de representación:  Solicitud a la VCCO  Demanda civil  Derechos de las víctimas en casos/procesos penales

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

Dirección \_\_\_\_\_

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

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

**B.** Tipo de representación:  Solicitud a la VCCO  Demanda civil  Derechos de las víctimas en casos/procesos penales

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

Dirección \_\_\_\_\_

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

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

**C.** Tengo la intención de entablar una demanda en una fecha futura  Sí  No

## SECCIÓN 11: INFORMACIÓN SOBRE LA REFERENCIA

¿Quién lo refirió a la VCCO?  Policía  Amigo/pariente  Procurador  Coordinador Víctima/Testigo

Hospital  Funeraria  Centro de asistencia a víctimas de violación/violencia doméstica

Folleto/afiche  Internet  Profesional médico  Otro \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 12: FIRMA Y AUTORIZACIÓN LEGAL

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

### Elegibilidad Para Participar en el Programa:

Entiendo que soy responsable por todas las facturas y que el programa de compensación está diseñado para pagar ciertos gastos no cubiertos por otra fuente. El presentar esta solicitud no me otorga el derecho de recibir beneficios.

### Reembolso:

Acuerdo reembolsar a la VCCO si recibo dinero de otra fuente hasta el monto que han pagado de mi parte. Esto incluye cualquier pago que yo pueda recibir de parte del ofensor, pagos del seguro o por acuerdos judiciales, fallos, o demandas civiles.

He proveído información correcta y veraz a mi leal saber y entender. No he omitido, ocultado, o representado falsamente ninguna información deliberadamente que pueda afectar mayormente mi elegibilidad para obtener beneficios de compensación. Entiendo que podre estar sujeto a sanciones y castigos penales si cualquier información que he proporcionado es deliberadamente falsa.

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

*Firma de la víctima o solicitante*

*\*Deberá firmar el representante legal si la víctima es menor de 18 años, ha sido declarado legalmente incapacitada o ha fallecido*

## SECCIÓN 13: AUTORIZACIÓN PARA OBTENER EXPEDIENTES

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a la Oficina de Compensación Para Víctimas del Crimen (VCCO) o su agente, representante o el portador que inspeccione, revise y haga copias, incluyendo copias fotostáticas, de todos los archivos médicos y expedientes relacionados con ganancias, ingresos, u otorgamientos de cualquier agencia, expedientes de asistencia y cualquier otro expediente relacionado al empleo o ayuda económica, y también informes de la policía y del procurador necesarios para determinar elegibilidad para mi reclamo de compensación. Las fotocopias de esta autorización se consideraran tan validas como la original.

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

*\*Deberá firmar el representante legal si la víctima es menor de 18 años, ha sido declarado legalmente incapacitada o ha fallecido.*

## SECCIÓN 14: CESIÓN DE INTERÉS

Yo, \_\_\_\_\_, centiendo que las leyes de NJ me requieren reembolsar a la Oficina de Compensación Para Víctimas del Crimen (VCCO) por cualquier cantidad de dinero que pueda recibir de otras fuentes. Deberé contactar a la VCCO al recibir dicho dinero adicional de parte del ofensor, de una demanda civil, de restitución, programa de seguros, o de parte de cualquier otra agencia ya sea privada o del gobierno.

Además cedo y confiero a la VCCO el derecho de recibir directamente el reembolso de dos tercios de la cantidad que me otorgó de las ganancias de cualquier demanda civil que yo haya comenzado o que comenzaré a entablar surgiendo de este incidente.

Al igual cedo y otorgo a la VCCO el derecho a ser reembolsado de parte de la Oficina de Libertad Condicional, la Comisión de Justicia de Menores, y el Departamento Correccional por la cantidad que se me pagará en forma de restitución ordenada por el tribunal en cualquier proceso penal relacionado con el incidente. Los reembolsos a la VCCO quedaran limitados a gastos por los cuales la VCCO me ha compensado.

Certifico estoy firmando esta Cesión de Participación libre y voluntariamente. Entiendo que debo firmar esta cesión para recibir compensación. Además certifico que si en algún momento doy comienzo a una demanda civil, entregaré a mi abogado una copia de esta Cesión de Participación con las instrucciones que mi abogado quede obligado a cumplir sus plazos y condiciones. Entiendo que la VCCO está dependiendo de buena fe de esta Cesión de parte mía para pagarme la compensación.

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

*\*Deberá firmar el representante legal si la víctima es menor de 18 años, ha sido declarado 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 mi información de salud, como aparece descrito a continuación.

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

Entidad o persona(s) autorizada(s) para recibir mi información de salud: \_\_\_\_\_

*Oficina de Compensación a Víctimas del Crimen de New Jersey (NJ VCCO)*

La información de salud que puede ser utilizada/divulgada queda limitada a la siguiente:

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

La información de salud que puede ser utilizada está limitada a las siguientes fechas de tratamiento: \_\_\_\_\_

Información de salud a ser divulgada a la entidad o persona arriba identificada deberá ser utilizada/divulgada para los siguientes propósitos (incluya la Investigación o Comercialización, si es apropiado): Para determinar la cantidad de compensación que el paciente tiene derecho a recibir, incluyendo el pago por cualquier factura pendiente a pagarse por servicios proporcionados por el establecimiento al paciente.

La información de salud le identifica a usted (el paciente) por nombre, e incluye otra información demográfica sobre usted.

La información de salud puede incluir, pero no queda limitada a: expedientes médicos, placas de rayos-x, diapositivas, graficas, filmes, etc. Por la presente, relevo de responsabilidad al centro de salud que divulgue la información, a sus agentes y empleados de cualquier y toda obligación, responsabilidad, daños y reclamos que puedan surgir al divulgar la información autorizada, a incluir el abuso de alcohol, el abuso de drogas, enfermedades contagiosas incluyendo la condición de VIH, y/o diagnósticos psiquiátricos descubiertos durante mi visita, encuentro o hospitalización, o de hacer copias de dicha información conforme a la política de este establecimiento.

La información de salud protegida divulgada conforme a esta autorización puede ser divulgada de nuevo por parte de la persona que recibió dicha información y que de ser así ya no esté protegida por esta regla de privacidad. Si la información de salud se utiliza con propósitos de investigación continua, la fecha de vencimiento de la autorización o la especificación del evento no aplica.

Esta autorización tendrá validez durante todo el proceso de mi reclamo con la NJVCCO llegara a su fin cuando NJVCCO haya pronunciado una decisión final en cuanto a mis beneficios de compensación. Tengo entendido que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito, en cualquier momento, como lo indica la Notificación de Política de Privacidad, exceptuando cuando el establecimiento ya haya divulgado información basándose en mi autorización previa.

El tratamiento, los pagos, la matrícula, y la elegibilidad para recibir beneficios no deberá depender de recibir la autorización si la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA) prohíbe imponer dicha condición. Si se permite imponer condiciones, el rehusarse a firmar la autorización podría resultar en que se le niegue el tratamiento o la cobertura.

**NOTIFICACION AL INDIVIDUO O AGENCIA QUE RECIBE:** Esta información deberá manejarse conforme a los reglamentos de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, por su sigla 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 utilizó	
Firma del testigo X	Fecha o evento de vencimiento	

**SECCIÓN 16: INFORMACIÓN ADICIONAL**

A:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

B:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

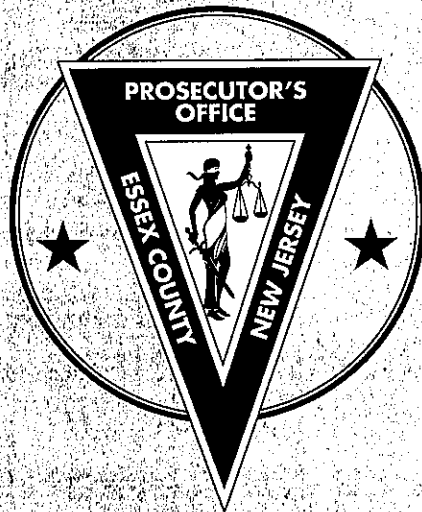


New Jersey Office of the Attorney General  
**Victims of Crime Compensation Office**

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

ESSEX COUNTY

# VICTIM/WITNESS GUIDE



**OFFICE OF THE COUNTY PROSECUTOR  
OFFICE OF VICTIM/WITNESS ADVOCACY**

50 West Market Street, 3rd Floor,  
Newark, New Jersey 07102

**Hours: Monday-Friday • 8:00am-5:30pm**

**973-621-4687**

**973-621-4689**

**CRIME VICTIMS BILL OF RIGHTS / NJ CRIMINAL JUSTICE REFORM  
WITNESS GUIDELINES FOR COURTROOM TESTIMONY  
VICTIM/WITNESS SERVICES**

## TO THE CITIZENS OF ESSEX COUNTY

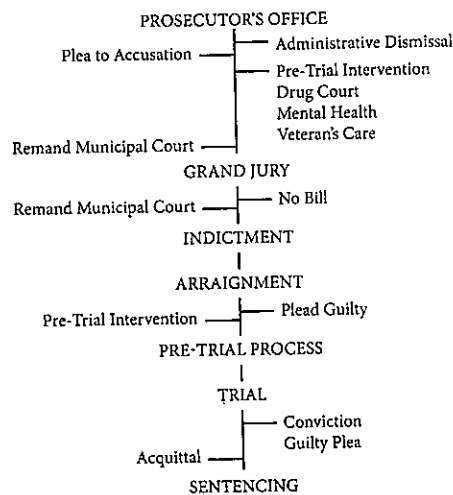
What happened to you was wrong. It was not only a personal violation, but criminal as well. We take these crimes very seriously and will devote all necessary resources to identify, arrest, and prosecute criminals like the one that harmed you.

We know that much will be demanded of you. In order to help you better navigate this process and to keep you informed of changes in the status of your case and court proceedings, we offer you the services of the Essex County Prosecutor's Office of Victim/Witness Advocacy. Our staff is at your disposal to ensure that you receive the services available to victims and witnesses to crime.

We must work together to successfully battle crime in our County. We pledge that your needs and concerns will be addressed in an empathetic and timely manner as your case progresses through the criminal prosecution process.

**Please review this pamphlet and if you have any questions, call the Essex County Prosecutor's Office of Victim/Witness Advocacy at 973-621-4689 or 973-621-4687, Monday through Friday, 8:00 a.m. to 5:30p.m.**

## CRIMINAL JUSTICE PROCESS



## **VICTIM/WITNESS SERVICES**

- Crisis intervention
- Social Service/Mental Health information and referrals
- Criminal Justice orientation and assistance
- Case status/disposition assistance
- Transportation assistance
- Child care assistance
- Victim of Crimes Compensation Office application assistance
- Restitution assistance
- Property return assistance
- Court accompaniment
- Secured waiting areas
- Victim Impact Statement assistance
- Document replacement assistance
- HIV/AIDS/Hep C testing referral and other supportive services

In cases involving the exchange of bodily fluid between the victim or a law enforcement officer and the defendant:

- (1) Upon request, the victim and/or law enforcement officer has the right to obtain an approved serological test for Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or infection with the Human Immunodeficiency Virus (HIV) or any other related virus identified as a probably causative agent of AIDS, including Hep C.
- (2) Upon request, the victim and/or law enforcement officer has the right to obtain a court order requiring the offender to submit to an approved serological test for Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or infection with the Human Immunodeficiency Virus (HIV) or any other related virus identified as a probably causative agent of AIDS, including Hep C in the event that the offender is indicted, formally charged, convicted or adjudicated delinquent.
- (3) The victim and/or law enforcement officer has the right to be notified of the offenders test results.
- (4) Assist the victim in applying to the Victim of Crimes Compensation Board for compensation for the costs of testing, counseling and medical care.

## SERVICE AGENCIES

A brief list of service agencies which may be of assistance to crime victims and witnesses is provided below.

Victim of Crimes Compensation Office	973-648-2107
Essex County Family Justice Center	973-230-7229
Shani Baraka Women's Resource Center	973-757-7377
Access Family Services/Sylvia's House	862-520-3937
The Safe House	973-759-2154
Hotline	973-740-1233
Wynona's House/Essex County Child Advocacy Center	973-753-1130
Rachel Coalition c/o Jewish Family Services of MetroWest NJ	973-765-9050
Partners for Women and Justice	973-233-0111
NJ Crime Victims Law Center	973-729-9342
American Friends Service Committee	973-643-1924
Rutgers University Behavioral Healthcare -- Crisis Unit	973-972-6100
East Orange Medical Center -- Crisis Unit	973-266-4478
Newark Beth Israel Medical Center -- Crisis Unit	973-926-7444
Essex-Newark Legal Services	973-624-4500
NJ Coalition Against Human Trafficking	201-903-2111
NJ Coalition to End Domestic Violence	800-572-7233
NJ Department of Child Protection and Permanency	855-463-6323
Essex County S.A.V.E. -- Sexual Violence Services	877-733-CARE (2273)
Family Connections	(m) 973-675-3817
Dreams of Essex County	973-323-3560
Newark Emergency Services for Family Protection From Abuse	973-643-5727 856-803-9494
V.I.N.E. -- Victim Information Notification Everyday - Hotline:	877-846-3465
Police Emergency	911



## WITNESS GUIDELINES FOR COURTROOM TESTIMONY

- **Be Prepared.** Before you testify, try to remember the scene and what happened. Do not try to memorize your testimony, just be prepared to tell what happened in your own words.
- **Be Honest.** You will be sworn to tell the truth at all times. Do not guess or make-up an answer.
- **Listen Carefully** to the questions. If you do not understand a question, ask that it be explained or repeated.
- **Think Before You Speak.** Give accurate answers to the best of your ability. If you do not know the answer to the questions, or if you do not remember, say so.
- **Speak Clearly** and loud enough so that all the jurors can hear you.
- **Answer** only the questions that are asked of you. Do not volunteer information.
- **Dress neatly** and appropriately for court. Avoid distracting mannerisms such as chewing gum while testifying. Be serious and avoid joking.
- **Stop** when the judge interrupts you or when an attorney objects to a question. Wait until the court gives its ruling. You will be told when to continue.
- **Be Courteous**, even if the lawyer asking the questions is not. It is important NOT TO LOSE YOUR TEMPER OR ARGUE with either attorney. STAY CALM at all times while being questioned. **Speak Clearly** and loud enough so that all the jurors can hear you.

**FOR ADDITIONAL INFORMATION OR ASSISTANCE  
CALL THE OFFICE OF VICTIM/WITNESS ADVOCACY**

**973-621-4687 • 973-621-4689**

**WITNESS GUIDELINES FOR COURTROOM TESTIMONY**

## **CRIME VICTIMS BILL OF RIGHTS**

The legislature finds and declares that crime victims and witnesses are entitled to the following rights:

- To be treated with dignity and compassion by the Criminal Justice System.
- To be informed about the criminal justice process.
- To be free from intimidation, harassment or abuse by any person including the defendant or any other person acting in support of or on behalf of the defendant, due to the involvement of the victim or witness in the criminal justice process.
- To have inconveniences associated with participation in the justice process minimized.
- To make at least one telephone call which is reasonable in both length and location.
- To medical assistance if it appears necessary.
- To be notified if presence in court is not needed or if any scheduled court proceeding has been adjourned or cancelled.
- To be informed about available remedies, financial assistance and social services.
- To be compensated for losses when possible.
- To be provided a secure waiting area during court proceedings
- To be advised of case progress and final disposition and to confer with the prosecutor's representative so that the victim may be kept adequately informed.
- To the prompt return of property when no longer needed as evidence.
- To submit a written statement about the impact of the crime to the representative of the county prosecutor's office which shall be considered prior to the prosecutor's final decision whether formal charges will be filed, whether the prosecutor will consent to a request by the defendant to enter into a pre-trial program, and whether the prosecutor will make or agree to a negotiated plea.
- To make, prior to sentencing an in-person statement directly to the sentencing court concerning the impact of the crime. This statement is made in addition to the permitted for inclusion in the presentence report.
- To have the opportunity to consult with the prosecuting authority prior to the conclusion of any plea negotiations, and to have the prosecutor advise the court of the consultation and the victim's position regarding the plea agreement, provided however that nothing herein shall be construed to alter or limit the authority

or discretion of the prosecutor to enter into any plea agreement which the prosecutor deems appropriate.

- To be present at any judicial proceeding involving a crime or any juvenile proceeding involving a criminal offense, except as otherwise provided by Article I, paragraph 22 of the New Jersey Constitution.
- To be notified of any release or escape of the defendant.
- To appear in any court before which a proceeding implicating the rights of the victim is being held, with standing to file a motion or present argument on a motion filed to enforce any right conferred herein by the Crime Victims Rights Amendment of the New Jersey State Constitution and to receive an adjudicative decision by the court on any such motion.

## **CRIMINAL JUSTICE REFORM NJ**

Criminal justice reform represents a fundamental change in how defendants and their cases are processed in the New Jersey court system. On January 1, 2017, the state moved from a system that relied principally on setting monetary bail as a condition of release to a risk-based system that is more objective towards defendants and protects the safety of the public.

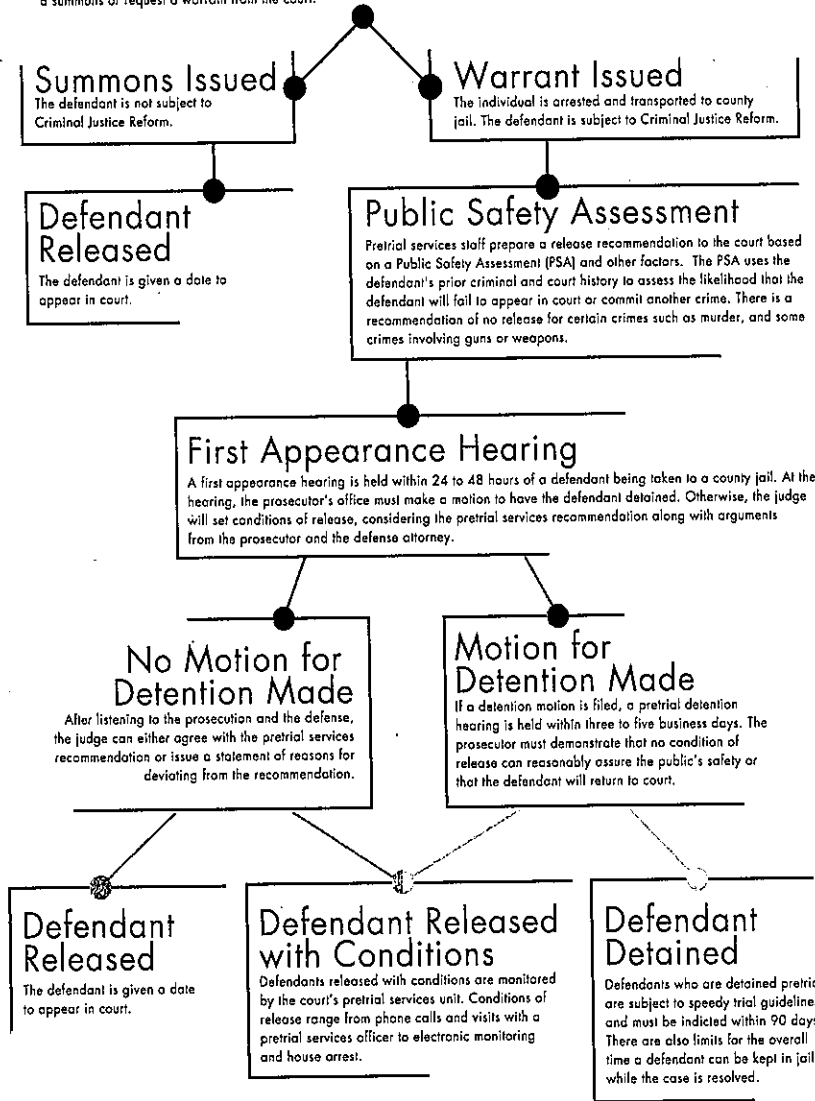
Under criminal justice reform, judges assess the level of risk each defendant presents based on an objective, evidence-based risk assessment tool and impose conditions of release. Judges consider factors such as the defendant's age at the time of arrest, pending charges, prior convictions and whether any of those involve violence, court appearance history, and prior jail sentences. With that information, each defendant is classified as low, moderate, or high risk and can be released on conditions without posting a monetary bail. Those individuals determined to be high-risk and dangerous can be held without bail pending trial.

Officers assigned to the pre-trial services unit within the Essex County Judiciary are responsible for closely monitoring the court-directed conditions of individuals who are released from custody pending trial. For low-level defendants, conditions such as weekly/bi-weekly/monthly in-person and/or telephone reporting and no victim contact can be imposed by the court. However, as the risk level increases, the nature of the monitoring is enhanced. If a defendant violates any condition of his/her release, unit officers alert the court of these violations and, in some instances, initiate the release revocation process.

# Criminal Justice Reform: A Step-by-Step Guide

## Complaint

The defendant is fingerprinted by law enforcement and a criminal history is collected from various statewide databases. The information allows prosecutors and law enforcement to make a quick and informed decision about whether to authorize a summons or request a warrant from the court.



50 West Market Street, 3rd Floor,  
Newark, New Jersey 07102

973-621-4687 • 973-621-4689

# HOW FJC CAN HELP YOU

In partnership with law enforcement, social service, civil legal, and healthcare providers, The FJC offers a wide range of assistance. On your first visit, a Screener will explain all of the services available at The FJC that you can choose from:

- **Crisis Intervention**—you can meet with a domestic violence advocate to discuss how to stay safe and learn what services that the FJC offers
- **Counseling**— therapists are available to meet one-on-one or you can join one of our support groups
- **Civil legal assistance**—civil legal professionals can speak with you about legal issues such as restraining orders, custody, visitation, and child support. Referrals for assistance with immigration and other related civil legal matters can be arranged at The FJC
- **Law enforcement**—a Newark Police Detective can help you report a crime, check on the status of a report, and help you take steps to stay safe
- **Prosecution**—staff from the Essex County Prosecutor’s Office can explain your criminal justice options and speak with you about open criminal complaints
- **Self-sufficiency**—advocates can provide information and referrals for housing help, job training, and employment assistance to help you take charge of your life
- **Health & Wellness**—staff can help you to identify physical, mental, and behavioral health concerns for you and your children, connect you to healthcare providers, and help you seek health insurance



# IN CASE OF EMERGENCY CALL 911

**Anonymous and confidential help is available 24/7 by calling the following hotlines:**

The Safe House 973-759-2154

The Rachel Coalition 973-740-1233

New Jersey Coalition to End Domestic Violence  
1-800-572-SAFE (7233)

National Domestic Violence Hotline  
1-800-799-SAFE (7233)

Rape Crisis Hotline  
1-877-733-CARE (2273)

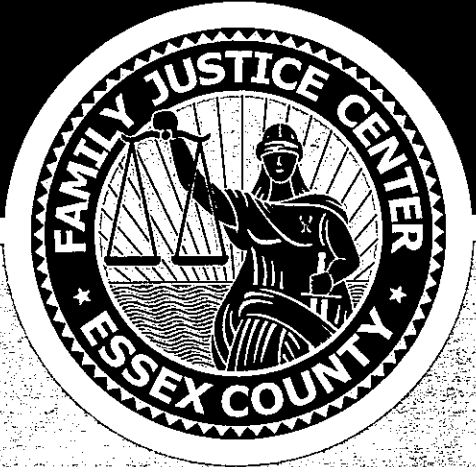
Teen Dating Abuse 1-866-331-9474



**Safety, Support, Dignity & Hope.**

973-230-7229  
www.essexcountyfjc.org

# ESSEX COUNTY FAMILY JUSTICE CENTER



**SAFETY • SUPPORT • DIGNITY • HOPE**

Millions of people  
in the United States  
are victims of abuse  
every year.

You are not alone  
and you don't deserve  
to be treated this way.

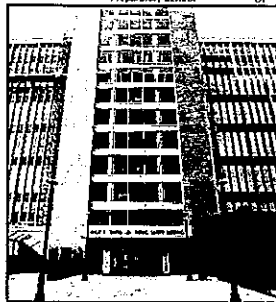
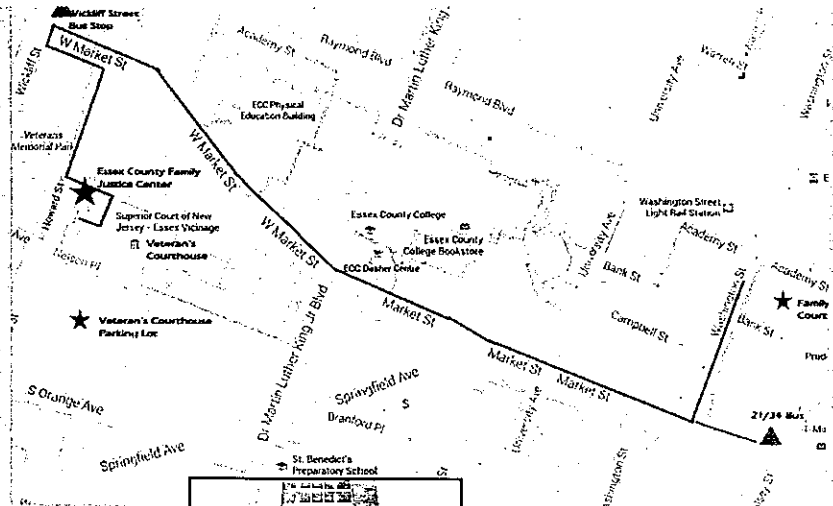
**Help is available.**

973-230-7229  
www.essexcountyfjc.org

# ABOUT THE CENTER

If you or a loved one has been a victim of domestic violence, it can be hard to know where to turn to for help. Essex County Family Justice Center (The FJC) is a safe place where victims can get the help they need from a range of government and community agencies all under one roof.

The FJC is a walk-in center that offers free and confidential services to all victims of domestic violence in Essex County, regardless of race, ethnicity, gender, immigration status, sexual orientation, gender identity, religion, age, marital status, or disability. Since opening in 2010, The FJC has answered questions, addressed concerns, and arranged comprehensive services for more than 6,000 people.



**Leroy F. Smith Jr.  
Public Safety Building**  
60 Nelson Place,  
Second Floor  
Newark, NJ 07102  
973-230-7229  
[www.essexcountyfjc.org](http://www.essexcountyfjc.org)

## Our Partners

### Legal Systems

County of Essex; Essex County Prosecutor's Office; Essex County Sheriff's Office; Newark Police Department; Superior Court of New Jersey – Essex Vicinage

### Civil Legal & Immigration Services

American Friends Service Committee; Essex-Newark Legal Services; Partners for Women and Justice/Rachel Coalition

### Emergency Shelter, Crisis Services, & Counseling

Rachel Coalition; The Safe House

### Medical & Behavioral Health

Bessie Mae Women's and Family Health Center; Family Intervention Services; Integrity House, Inc.; New Jersey Citizen Action; North Jersey Community Research Initiative; Partnership for Maternal & Child Health of Northern New Jersey; and Rutgers Community Health Center

## Our Location

Essex County Family Justice Center— open Monday through Friday from 8:30am to 4:30pm— is securely located in the Leroy F. Smith Jr. Public Safety Building in Newark.

However, that address does not work on any GPS system. If using a GPS, enter "Howard Street and 13th Avenue, Newark, NJ 07102" as your address. Parking for a fee is available in the Veteran's Courthouse parking lot off of Howard Street. If you park in the lot, use the Veteran's Courthouse entrance, pass through the metal-detectors, walk up to the main level and head left toward the Leroy Smith building. Street parking is also available.

The FJC is easy to reach on public transportation—visit [www.njtransit.com](http://www.njtransit.com) for bus, rail, and light rail schedules to nearby stops.

If you are coming directly from Family Court on Washington Street, The FJC is a 10 minute walk (bus service along Market Street is also available.)

## Relationship Assessment:

Does your partner or household member:

- Embarrass you with bad names and putdowns?
- Stop you from seeing or talking to friends or family
- Tell you that you are a bad parent or threaten to take away or hurt your children?
- Shove you, slap you, or hit you?
- Threaten to kill you?
- Act like abuse is no big deal, your fault, or even deriding it?
- Control the money, make you ask for money, or refuse to give you money?

If you checked even one, you may be a victim of domestic violence

## Staying Safe:

If you feel that you are being abused, these steps may help you to stay safe:

- Call 911 if you are in danger or have been hurt by your partner.
- Teach your children to use the telephone to call the police and go to a safe place during a violent incident.
- Identify a safe place to go in case of an emergency, such as your local police precinct.
- Lock all the windows and doors at night and when you leave your home.
- Request to have your telephone number changed to an unlisted number.
- Keep your home address confidential and, if possible do not tell the abuser where you live. If you have a visitation arrangement, try to have a family member help with pick up and meet at a neutral location.
- Change your route to and from work often.
- Pack a bag with money, extra keys, clothes, medicine and important documents—leave it in a safe place or with someone you trust.

## CÓMO PUEDE AYUDARLE EL FJC

En asociación con instituciones que velan por el cumplimiento de la ley, agencias de servicios sociales, legales y civiles, y proveedores de salud, el FJC ofrece un amplio espectro de servicios. En su primera visita se le explicarán los servicios que ofrece el FJC, entre los cuales se encuentra:

- **Intervención en crisis:** Ud. puede reunirse con un defensor de víctimas de violencia doméstica para discutir cómo mantenerse a salvo y conocer de los servicios que el FJC ofrece.

- **Consejería:** terapeutas están disponibles para reunirse con Ud 1-0-1, o puede participar de uno de nuestros grupos de apoyo

- **Asistencia Civil y Legal:** abogados civiles le hablarán acerca de asuntos legales como órdenes de restricción, custodia, visitas y apoyo a niños. Referidos para recibir asistencia en temas de inmigración y otras cuestiones civiles-legales pueden ser encontrados en el FJC.

- **Cumplimiento de la ley:** un detective de la policía de Newark podrá ayudarle a reportar el crimen, chequear el estatus del reporte y dar pasos para mantenerse a salvo.

- **Prosecución:** miembros de la Oficina del Procurador del Condado Essex podrán explicarle sus opciones en cuanto a justicia criminal y hablarle acerca de investigaciones criminales abiertas.

- **Autosuficiencia:** defensores de víctimas le proveerán con referidos e información para la búsqueda de renta, entrenamiento para aplicar a trabajos, asistencia con el empleo, para ayudarle a hacerse cargo de su vida.

- **Salud & Bienestar:** miembros del FJC le ayudarán a tomar conciencia sobre la importancia del cuidado de su salud mental, física, su comportamiento y la de sus hijos. También le conectarán con proveedores de salud, y le ayudarán con la aplicación para seguro médico.

## EN CASO DE EMERGENCIA LLAME AL 911



Ayuda anónima y confidencial está disponible 24/7 a través de las siguientes hotlines:

La Casa Segura: 973-759-2154

Rachel Coalition: 973-740-1233

Coalición de New Jersey para terminar con la Violencia Doméstica  
1-800-572-SAFE (7233)

Hotline de Violencia Domestica Nacional  
1-800-799-SAFE (7233)

Hotline de Crisis por Violación Sexual:  
1-877-733-CARE (2273)

Abuso entre Parejas Adolescentes:  
1-866-331-9474



SEGURIDAD, APOYO, DIGNIDAD  
& ESPERANZA.

973-230-7229  
www.essexcountyfjc.org

## CENTRO DE JUSTICIA FAMILIAR DEL CONDADO ESSEX



SEGURIDAD • APOYO • DIGNIDAD • ESPERANZA

Millones de personas en  
Estados Unidos son  
víctimas de abuso  
todos los años.

No estas sola/o y no mereces  
ser tratada/o de esa forma

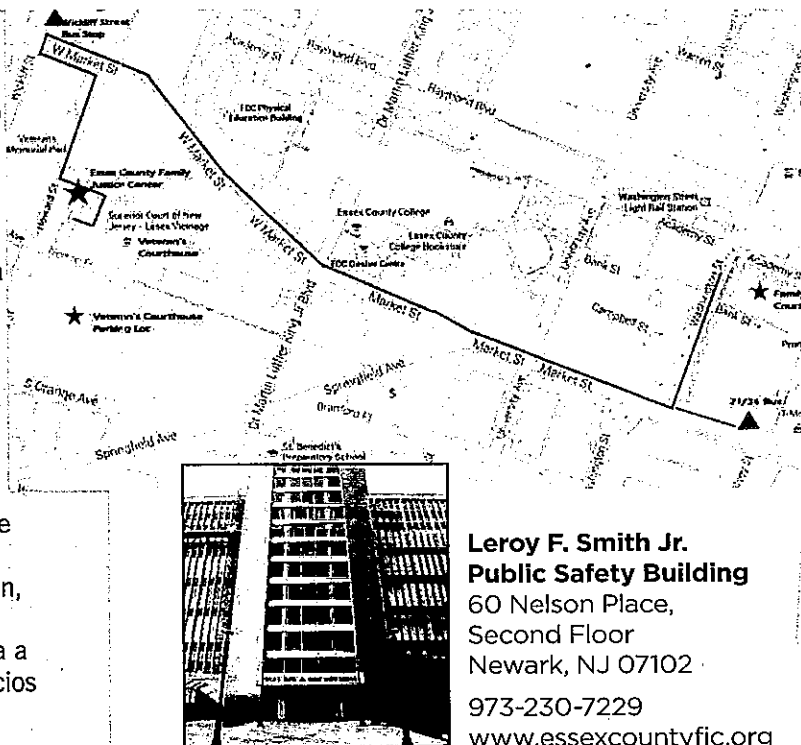
**HAY AYUDA DISPONIBLE  
PARA TI.**

973-230-7229  
www.essexcountyfjc.org

## SOBRE EL CENTRO

Si Ud. o alguno de sus seres queridos han sido víctimas de violencia doméstica, puede ser difícil encontrar ayuda. El Centro de Justicia Familia (FJC) del Condado Essex es un lugar seguro donde todas las personas víctimas de violencia doméstica pueden encontrar la ayuda que necesitan, poniendo al servicio de la comunidad organizaciones gubernamentales y comunitarias todas bajo un mismo techo.

El FJC es un centro que ofrece servicios gratis y confidenciales sin necesidad de hacer cita previa, a todas las víctimas de violencia doméstica del Condado Essex; sin distinción de raza, etnicidad, género, estatus migratorio, orientación sexual, identidad de género, religión, edad, estatus civil o discapacidad. Desde su apertura en el 2010, el FJC ha dado respuesta a preguntas, preocupaciones y ha ofrecido servicios integrales a más de 7000 personas.



### Leroy F. Smith Jr. Public Safety Building

60 Nelson Place,  
Second Floor  
Newark, NJ 07102

973-230-7229

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

## Nuestros Colaboradores

### Del Sistema Legal

County of Essex; Essex County Prosecutor's Office; Essex County Sheriff's Office; Newark Police Department; Superior Court of New Jersey - Essex Vicinage

### Legal Civil & Servicios Migratorios

American Friends Service Committee (AFSC); Essex-Newark Legal Services; New Jersey Crime Victims' Law Center; Partners for Women and Justice/Rachel Coalition

### Albergues de Emergencia, Servicios de atención en crisis & Consejería

Rachel Coalition; The Safe House

### Salud Mental & Física

AIDS Resource Foundation for Children; Bessie Mae Women's and Family Health Center; Family Intervention Services; Integrity House, Inc.; Jewish Renaissance Medical Center; New Jersey Citizen Action; North Jersey Community Research Initiative; Partnership for Maternal & Child Health of Northern New Jersey; and Rutgers Community Health Center

## Nuestra Dirección

El Centro de Justicia Familia (abierto de Lunes a Viernes de 8:30AM - 4:30PM) esta seguramente localizado en el Edificio de Seguridad Pública Leroy F. Smith en Newark.

Sin embargo, esta dirección no aparece en el sistema de GPS. Si Ud. está usando el GPS, use como dirección de referencia: "calle Howard y la 13 avenida, Newark, NJ, 07102". Podrá acceder al parqueo del Palacio de Justicia de los Veteranos por un precio. Si utiliza el parqueo, puede acceder al edificio a través de la entrada de el Palacio de Justicia de los Veteranos. Deberá pasar el detector de metales, dirigirse desde el nivel principal hacia la izquierda, donde se encuentra el edificio Leroy F. Smith. De lo contrario, hay parqueo en la calle disponible.

También es fácil acceder al FJC usando transporte público (visite [www.njtransit.com](http://www.njtransit.com) para saber horarios del bus, tren y metro y paradas cercanas)

Si Ud. viene directamente desde la Corte de Familia en la calle Washington, El FJC se encuentra a 10min caminando (servicio de bus también disponible en la calle Market)

## Evaluación de la Relación:

Su pareja o miembro del hogar:

- Usa nombres para avergonzarla o minimizarla?
- Le impide ver o hablar con familiares y/o amigos?
- Le dice que es mala madre/padre o le amenaza con quitarle a sus hijos?
- Le empuja, le da bofetadas o le golpea?
- Le amenaza con matarla/o?
- Actúa como si el abuso no fuera gran cosa, le culpa o incluso niega haberle lastimado?
- Controla el dinero, le hace pedirle dinero, o se niega a darle dinero?

Si Ud. se identifica con al menos una de estas manifestaciones, Ud. puede ser víctima de violencia doméstica.

## Mantenerse a salvo:

Si Ud. siente que ha sido abusada/o, estos pasos le ayudarán a estar a salvo:

- Llame al 911 si está en peligro, o ha sido herida/o por su pareja.
- Enseñe a sus hijos a usar el teléfono para llamar a la policía e ir a un lugar seguro mientras esté ocurriendo el incidente violento.
- Identifique un lugar seguro a donde ir en caso de emergencia, como el precinto de policía local.
- Asegure las ventanas y puertas en la noche y cuando deje su casa.
- Haga cambiar su número de teléfono y solicite un número privado.
- Mantenga su dirección confidencial, y si es posible, no diga al abusador/a donde vive. Si el abusador/a tiene permiso de visita, trate de que un miembro de su familia le ayude a recoger a sus hijos y encontrarse en una dirección neutral.
- Use diferentes rutas para ir de su casa a su trabajo.
- Empaque una bolsa con dinero, llaves extras, ropa, medicinas y documentos importantes -déjelo en un lugar seguro o con alguien de confianza.