



NEW JERSEY

OFICINA DE COMPENSACIÓN PARA VÍCTIMAS DEL CRIMEN

Solicitud de reclamo e instrucciones

cuidado
apoyo
dignidad
ayuda
respeto

Ayudamos a que todo vuelva a la normalidad



OFICINA DE COMPENSACIÓN PARA VÍCTIMAS DEL CRIMEN DE NEW JERSEY

Información de reclamos e instrucciones para la solicitud

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

¿Qué crímenes están cubiertos?

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

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

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

- Cuidados de enfermería
- Cuidado de niños o dependientes: \$6,500
- Gastos de hospital, médicos y de fisioterapia
- Costos de reubicación de emergencia: \$3,000
- Derechos de las víctimas en procesos criminales.
- Gastos funerarios: \$7,500
- Asesoría de salud mental: \$20,000
- Pérdidas de ingresos o de asistencia
- Honorarios de abogados para asistencia de presentar un reclamo y representarlo en el proceso de apelación

¿Cómo califico para recibir asistencia?

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

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

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

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

¿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

njvictims@njvictims.org

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

VCCO

50 Park Place, 5th floor
Newark, NJ 07102

SECCIÓN 1:

Información sobre la víctima

(Sección obligatoria)

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

SECCIÓN 2:

Información sobre el solicitante

(Sección obligatoria)

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

SECCIÓN 3: Información adicional

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

SECCIÓN 4:

Información sobre el incidente criminal

(Sección obligatoria)

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

SECCIÓN 5:

Servicios pedidos (Sección obligatoria)

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

SECCIÓN 6:

Información sobre el seguro

(Sección obligatoria)

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

SECCIÓN 7:

Proveedores de tratamiento Médico/Asesoramiento

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

SECCIÓN 8:

Información de empleo

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

SECCIÓN 9:

Información sobre los dependientes

En caso de homicidio, enumere los dependientes de la víctima que recibían asistencia de ésta.

SECCIÓN 10:

Información sobre el abogado

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

SECCIÓN 11:

Información sobre la fuente de referencia

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

SECCIÓN 12:

Responsabilidad legal y firma

(Sección obligatoria)

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

SECCIÓN 13:

Autorización para obtener expedientes

(Sección obligatoria)

Esta autorización para obtener expedientes es necesaria para conseguir información de sus médicos, hospital, empleador, policía y procurador, para que la VCCO pueda procesar su reclamo.

SECCIÓN 14:

Asignación de interés (Sección obligatoria)

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

SECCIÓN 15:

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

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

SECCIÓN 16:

Sección para proporcionar detalles adicionales

(Si es necesario)



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

877-658-2221 • www.NJVictims.org • njvictims@njvictims.org



New Jersey Office of the Attorney General
Victims of Crime Compensation Office
50 Park Place • Newark • NJ 07102 • 877-658-2221 • www.NJVictims.org

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

Application No. _____

Claim No. _____

Death Personal Injury

Solicitud de reclamo

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOBRE LA VÍCTIMA

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

Sr. Sra. Srta. (Elija una)

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

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

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

Dirección de correo _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa (_____) _____ - _____ Teléfono del trabajo (_____) _____ - _____

Teléfono celular (_____) _____ - _____ Correo electrónico _____

Sexo: Masculino Femenino

Raza/ Etnia: Asiático Hispano/Latino Indio Americano/Nativo de Alaska
 Caucásico Múltiples Etnias Nativo de Hawái/Otras Islas del Pacífico
 Oriente Medio Africano/Africano Americano Otra _____

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

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

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

Sr. Sra. Srta. (Elija una)

Nombre legal completo del solicitante _____
Apellido *Primer nombre* *Inicial del segundo nombre*

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

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

Dirección de correo _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa (_____) _____ - _____ Teléfono del trabajo (_____) _____ - _____

Teléfono celular (_____) _____ - _____ Correo electrónico _____

SECCIÓN 3: CONTACTO ADICIONAL

Una persona en la que la víctima o el solicitante confían y que la VCCO pueda contactar si la víctima o el solicitante no están disponible.

Nombre _____

Relación: Padre/madre Hermano/a Amigo/a Abogado/a Terapeuta Otro _____

Dirección _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (_____) _____ - _____ Teléfono del trabajo (_____) _____ - _____

Teléfono celular (_____) _____ - _____ Correo electrónico _____

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN SOBRE EL INCIDENTE CRIMINAL

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

Fecha del crimen _____ / _____ / _____ Fecha del reporte _____ / _____ / _____

Nombre, tal como aparece en el reporte del incidente _____

Nombre de la unidad de policía _____

Lugar/dirección del crimen _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código postal _____

Número de denuncia policial _____ Número de archivo del procurador _____

Tipo de crimen:

- Hurto Tráfico humano Violencia doméstica Amenazas de hacer daño físico
- Acecho Asalto agravado Amenazas terroristas Ofensas de vehículos motorizados**
- Asesinato Robo en la casa** Homicidio involuntario Actos lascivos, indecentes u obscenos
- Secuestro Crimen prejudicial Abuso sexual de niños
- Asalto sexual Incendio Intencional

Breve descripción del incidente y de sus lesiones: _____

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

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

¿Ha presentado este reclamo a la VCCO dentro de los 3 años desde que el crimen ocurrió? Sí No*

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

¿Ha sido ordenada la restitución? Sí No

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

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

SECCIÓN 5: SERVICIOS SOLICITADOS

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

- Servicios médicos:** gastos médicos relacionados directamente con una lesión asociada con el incidente y no cubiertos totalmente por el seguro o asistencia caritativa.
- Salud Mental:** gastos de asesoría de salud mental relacionados con el incidente y no cubiertos por el seguro. El subsidio máximo de asesoría de salud mental es el siguiente: sobrevivientes de homicidio, \$20,000; víctima lesionada, \$20,000; víctima(s) secundaria(s) \$7,000; asesoría de salud mental en grupo \$50 por sesión por víctima.
- Servicios dentales:** gastos dentales relacionados directamente con una lesión asociada con un crimen y no cubiertos totalmente por el seguro.
- Medicamentos con receta:** gastos de recetas relacionados directamente con una lesión asociada con un crimen y no cubiertos totalmente por el seguro.
- Reubicación:** el subsidio máximo de la asistencia para reubicación es de \$3,000. La VCCO puede considerar gastos de reubicación cuando existe la necesidad de proteger la salud y la seguridad de la víctima o su familia. La Oficina puede pagar gastos como el depósito de garantía pagadero directamente al arrendador, vivienda temporal, servicios de mudanza, diferencia de costos de hipoteca y del alquiler mensual, el alquiler del primer mes, un mes de renta si la reubicación ocurrió dentro del plazo de un año a partir de la presentación de la solicitud y o los gastos personales que se consideren razonables y necesarios.
- Servicios funerarios:** el subsidio máximo para gastos funerarios es de \$7,500. La Oficina puede tener en cuenta gastos como los costos funerarios, flores, gastos de comida, costos de cementerio y las lápidas.
- Transporte al funeral:** \$500 por persona con un reembolso máximo de \$3,000. Puede incluir gastos de transporte aéreo o de ferrocarril.
- Pérdida de ingresos (víctima):** pérdida de ingresos de una víctima producidos directamente debido a la lesión relacionada con el crimen, mientras la víctima no estaba recibiendo pago. La VCCO no puede considerar reembolsos si la víctima recibió pago por días acumulados de enfermedad o de vacaciones. La pérdida máxima de ingresos que se considera es de \$600 por semana, con un máximo de 104 semanas.
- Pérdida de ingresos (solicitante):** cuando el solicitante estaba empleado en el momento del incidente, pero perdió tiempo de trabajo por tener que cuidar a la víctima como resultado de las lesiones. La VCCO no puede considerar reembolsos si el solicitante recibió pago por días acumulados de enfermedad o de vacaciones. La pérdida máxima de ingresos que se considera es de \$600 por semana, con un máximo de \$7,000.
- Pérdida de ayuda (reclamo de homicidio):** puede considerarse pérdida de ayuda cuando la víctima estaba manteniendo al solicitante o a la familia en el momento de su muerte. La pérdida máxima de ayuda que se considera es de \$ 600 por semana y no excederá los 48 meses.
- Pérdida de ayuda (del delincuente):** cuando el delincuente estaba manteniendo a la familia antes del incidente y está preso o es un fugitivo. La pérdida máxima de ayuda que se considera es de \$600 por semana y no excederá los 48 meses.
- Reembolso de dinero en efectivo robado:** (solo para ancianos o personas incapacitadas permanentemente) La VCCO puede reembolsar el dinero en efectivo (mínimo \$50) robado directamente de una víctima de un crimen elegible si la pérdida monetaria se reportó a la policía. El reembolso máximo es de \$200.

SECCIÓN 5: SERVICIOS SOLICITADOS *(continuación)*

- Honorarios de abogado:** Derechos de las víctimas en ciertos procedimientos criminales y/o civiles que se relacionen directamente con la demanda de VCCO. VCCO puede ayudar con ciertos honorarios cuando la representación está relacionada con la materia criminal en la cual se basa la demanda. Los honorarios del abogado son pagaderos en \$200 por hora que no exceda el subsidio máximo \$3,000.
 - Representación de abogado en poner un reclamo:** los pagos de abogado son \$200 por hora y no exceder el 15% del total obtenido o lo que sea menos.
 - Servicios de ayuda doméstica:** La VCCO puede reembolsar gastos de ayuda doméstica que ocurren como resultado directo del crimen. Ayuda doméstica puede incluir limpieza de la casa, lavado de ropa, preparación de alimentos, compañía y otros servicios relacionados al apoyo de la vida cotidiana de la víctima. El reembolso máximo es de \$6,500.
 - Servicios de guardería:** La VCCO puede reembolsar los gastos de cuidado infantil o guardería para un niño (menor de 14 años) o para un adulto cuando la necesidad de tales servicios es el resultado directo del crimen. El reembolso máximo es de \$6,500.
 - Equipo médico:** La VCCO puede reembolsar cargos sensatos por artículos que sean razonablemente necesarios como sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, entablillados, muletas, andadores y otros equipos de adaptación personal que se requieran para cumplir con las necesidades de la discapacidad de la víctima
 - Transporte a servicios médicos:** La VCCO puede reembolsar costos de transporte para las visitas de las víctimas a los médicos que la están tratando y a otros centros de cuidado de salud. El reembolso máximo es 31 centavos por milla y no excederá los \$10 por día ni \$3,000 en total.
 - Limpieza del lugar del crimen:** La VCCO puede compensar los costos razonables y necesarios para la limpieza de la residencia o vehículo personal de la víctima donde ocurrió el crimen o donde los costos directos de éste hayan sido la responsabilidad financiera directa de la víctima o el solicitante. Compensación incluye costos de limpieza, el valor razonable de reemplazo de ropa de cama, prendas de vestir, alfombras, puertas, ventanas, cerraduras o muebles que se consideren dañados o inutilizados como resultado del crimen o de la recolección de evidencia. El subsidio máximo para la limpieza del lugar del crimen no debe superar los \$4,000 en total.
 - Duelo:** La pérdida de ingresos se puede pagar a los familiares de las víctimas por asistencia al funeral y por duelo por no más de dos semanas. La pérdida máxima de ingresos que se considera es de \$600 por semana con un subsidio máximo de \$7,000 para todos los gastos de las víctimas secundarias.
 - Comparecencia al tribunal:** pérdida de ingresos se pueden pagar a la víctima y víctimas secundarias por Comparecencia a la corte. La máxima pérdida de ingresos que se considera es de \$600 por semana con un permitido de \$7,000 para todas las víctimas secundarias.
 - Transportación de comparecencia al tribunal:** La VCCO puede reembolsar costos de transporte de la víctima/solicitante para atender a la corte. Lo máximo que puede reembolsarse es 31 centavos por milla y no exceder \$10 por día por un total de \$3,000.
- Compensación complementaria por lesión catastrófica (CAT):** Una víctima de lesiones catastróficas está definida como una persona que ha sido determinada por la Oficina haber sufrido una lesión grave de consecuencias de mucho tiempo o para toda la vida. La compensación por pérdida de ingresos, pérdida de ayuda, daños a la propiedad, y dolor y sufrimiento están excluidos de compensación de lesiones catastróficas. La VCCO puede hacer una o más concesiones suplementarias solamente con el propósito de proveer asistencia de rehabilitación y servicios directos a las víctimas que han sido catastróficamente lesionadas.
- Marque la casilla si cree que cumple con estos criterios y desea solicitar asistencia de CAT.

SECCIÓN 6: INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS/BENEFICIOS DE SALUD

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

SEGURO MÉDICO Sí No

Compañía _____

Núm. de póliza _____

SEGURO MÉDICO SECUNDARIO Sí No

Compañía _____

Núm. de póliza _____

SEGURO DENTAL Sí No

Compañía _____

Núm. de póliza _____

SEGURO DE AUTOMÓVIL Sí No

Compañía _____

Núm. de póliza _____

Si ni la víctima ni el delincuente tienen seguro de automóvil y el incidente involucró un vehículo automotor, entonces el reclamante tiene que aplicar a la New Jersey Property Liability Insurance Guarantee Association (NJPLIGA).

¿Ha aplicado a NJPLIGA? Sí No

SEGURO DE COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR Sí No

SEGURO DE PROPIETARIO/INQUILINO Sí No Compañía _____

Núm. de póliza _____

Asistencia de caridad Sí No Fecha de solicitud a la asistencia de caridad ____ / ____ / ____

Si marcó la opción No, la VCCO es el pagador de último recurso; el seguro principal de la víctima/ solicitante o asistencia caritativa se usa en primer lugar. Por favor, remita la solicitud de ayuda caritativa al hospital donde la víctima recibió tratamiento.

SECCIÓN 7: PROVEEDORES DE TRATAMIENTO MÉDICO/ASESORAMIENTO

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

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

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

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

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

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

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

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

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

Pérdida de ingresos de la víctima Pérdida de ingresos del solicitante

Nombre del empleador _____

Núm. de teléfono de la compañía (_____) _____ - _____ Núm. de fax de la compañía (_____) _____ - _____

Nombre de la compañía o negocio _____

Dirección de la compañía o negocio _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código postal _____

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

¿Ocurrió el incidente mientras trabajaba? Sí No

Si se lesionó en el trabajo, ¿tiene su empleador Compensación al Trabajador? Sí No

¿Ha solicitado beneficios al Estado/Discapacidad Privada o Ausencia del Trabajo por Razones Familiares, para reembolsos de salarios perdidos? Sí No

Si respondió Sí, proporcione todas las notificaciones recibidas del Estado/Discapacidad Privada o Ausencia de Trabajo por Razones Familiares.

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

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

Si los tiene, por favor, mande los comprobantes de pago de la semana anterior al crimen, la semana que regresó al trabajo y una copia de su médico diciendo el tiempo de su discapacidad.

Si trabaja por cuenta propia tiene que proporcionar copias de declaraciones de impuestos de los 2 últimos años antes del crimen.

Pérdida de ayuda se le puede conceder a los dependientes de víctimas de homicidio. Por favor remita copias de los impuestos de la víctima de los últimos 3 años.

SECCIÓN 9: INFORMACIÓN SOBRE LOS DEPENDIENTES

Provea información sobre los dependientes de la víctima u otras personas que dependan de la víctima para recibir ayuda.

(Si no hay, vaya a la sección 10).

Nombre del dependiente: _____ Relación con la víctima: _____

Dirección: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

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

Nombre del dependiente: _____ Relación con la víctima: _____

Dirección: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

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

Nombre del dependiente: _____ Relación con la víctima: _____

Dirección: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

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

¿Hay alguien que depende de la víctima por apoyo mandado por la corte? Sí No

SECCIÓN 10: INFORMACIÓN SOBRE EL ABOGADO

A. Tipo de representación: Solicitud a la VCCO Demanda civil Derechos de las víctimas en asunto/proceso criminal

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 asunto/proceso criminal

Nombre del abogado _____

Dirección _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (_____) _____ - _____

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

SECCIÓN 11: INFORMACIÓN SOBRE LA REFERENCIA

¿Quién lo refirió a la VCCO? La policía Un amigo/pariente Un procurador Coordinador de testigos de víctimas
 Un hospital Una funeraria Un centro de asistencia a víctimas de violación/violencia doméstica
 Un folleto/afiche Internet Un profesional médico Otro _____

SECCIÓN 12: FIRMA Y AUTORIZACIÓN LEGAL

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

Cualificación del programa:

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

Reembolso:

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

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

X _____ Fecha _____

Firma de la víctima o solicitante

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

SECCIÓN 13: AUTORIZACIÓN PARA OBTENER EXPEDIENTES

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

X _____ Fecha _____
Firma de la víctima o del solicitante

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

SECCIÓN 14: CESIÓN DE INTERÉS

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

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

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

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

X _____ Fecha _____
Firma de la víctima o del solicitante

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

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

Nombre del paciente _____ Número de Seguro Social _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____ Teléfono (_____) _____ - _____

Dirección _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código postal _____

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

Centro autorizado para divulgar mi información de salud: _____

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

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

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

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

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

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

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

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

El tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no podrá supeditarse en obtener una autorización si la

Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA) prohíbe tal condición. Si la condición es permitida, rehusar firmar la autorización puede resultar en la negación de cuidado o cobertura.

AVISO A LA ENTIDAD O PERSONA RECEPTORA: esta información se tratará de acuerdo con los reglamentos de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, por 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 utiliza	
Firma del testigo X	Fecha o evento de vencimiento	

