

## FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Complételo y sométalo o remítalo a:

**Delaware Victims' Compensation Assistance Program**  
**900 North King St. Suite 4**  
**Wilmington, DE 19801**

<http://www.attorneygeneral.delaware.gov/VCAP>

**Por favor comuníquese con DE VCAP si usted necesita ayuda en completar este formulario (teléfono) 302-255-1770 (fax) 302-577-1326**

### SECCIÓN 1. SECCIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA

**Nombre de la persona lesionada o que murió como resultado al crimen violento. Si hay más de una víctima, complete un reclamo por separado por cada una de las víctimas.**

Nombre de la víctima (primer apellido, nombre, inicial del segundo apellido)      Fecha de nacimiento (mes/día/año)      Número de Seguro Social

Sexo      Raza (opcional)      ¿Está la víctima muerta?  
 Hombre    Mujer       Asiático/Isla del Pacífico    Indio Americano/Nativo de Alaska    Negro       Si    No  
 Hispano       Blanco       Otro \_\_\_\_\_

Dirección (incluya el # del apartamento)      Ciudad      Estado      Código Postal

Teléfono de casa      Teléfono del trabajo      Teléfono del celular      Dirección del Correo Electrónico  
 ( )      ( )      ( )

¿Quién lo dirigió al programa de compensación?  
 Persona de contacto \_\_\_\_\_

Hospital       Agencia de Policía       Fiscal o Procurador       Servicios a la víctima de la

Servicios a la víctima del DOJ       Un Póster/Folleto/Anuncio       Anuncio de Servicios Públicos       Otro \_\_\_\_\_

### SECCIÓN 2. INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE

**Nombre de la persona que solicita a favor de una víctima muerta, de una víctima menor de edad, o una víctima adulta incapacitada.**

Nombre del demandante (primer apellido, nombre, inicial del segundo apellido)      Fecha de nacimiento (mes/día/año)      Número de Seguro Social

Sexo      Relación con la víctima  
 Hombre    Mujer       Padre o madre    Esposo(a)/Pareja    Ex-esposo(a)/Ex-pareja    Hijo(a)    Familiar    Abuelo(a)    Otro \_\_\_\_\_

Dirección (incluya el # del apartamento)      Ciudad      Estado      Código Postal

Teléfono de casa      Teléfono del trabajo      Teléfono del celular      Dirección del Correo Electrónico  
 ( )      ( )      ( )

### SECCIÓN 3. INFORMACIÓN DEL CRIMEN

Fecha del crimen      Fecha reportado a la Policía      Nombre del Sospechoso

Relación del sospechoso a la víctima: \_\_\_\_\_

Nombre del Departamento de Policía que está investigando el crimen      Número de la Denuncia Policial      Nombre del Oficial Investigador

Lugar del crimen (dirección)      Ciudad      Estado      Código Postal

Tipo de Crimen (por favor marque uno)  
 Agresión       DWI/DUI       Homicidio/Asesinato       Abuso Sexual a un menor de edad  
 Abuso Físico a un menor de edad    Acechar       Secuestro       Incendio Provocado  
 Abuso Doméstico       Abuso Sexual de un adulto    Robo       Allanamiento de Morada  
 Protección en contra de abuso/ Orden de emergencia    Otro (Por favor especificar) \_\_\_\_\_

SECCIÓN 4. INFORMACIÓN DE LAS PÉRDIDAS		Marque el tipo de gastos/pérdidas usted está pidiendo que le compensen. Usted debe de intentar de recuperar sus pérdidas de algún o todos otros recursos que existan.	
<input type="checkbox"/> Médico / Dental <input type="checkbox"/> Pérdida de Sueldo o Ingreso <input type="checkbox"/> Funeral / Entierro <input type="checkbox"/> Consejería de Salud Mental <input type="checkbox"/> Limpieza de la Escena del Crimen			
<input type="checkbox"/> Consejería de Salud Mental (Segunda víctima) <input type="checkbox"/> Pérdida de Manutención de los dependientes de la víctima <input type="checkbox"/> Mudanza <input type="checkbox"/> Nueva Colocación <input type="checkbox"/> Vivienda Temporal			
<input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique):		Monto Aproximado de las pérdidas (Debe demostrar un mínimo de pérdida de \$25) \$ _____	
Nombre de la Segunda Víctima (Apellido, nombre e inicial del Segundo Apellido)		Relación con la víctima	
Dirección		Teléfono	Fecha de nacimiento (mes/día/año)
Otra(s) Víctima(s) Secundaria(s):			
Dirección		Teléfono	Fecha de nacimiento (mes/día/año)

SECCIÓN 5. INFORMACIÓN MÉDICA		(Haga una lista de todos lo proveedores Médicos/Dentales y / o aquellos quienes le han proveído servicios a la víctima y "ADJUNTE" cualquier recibo o factura médica que haya recibido)	
Nombre de Proveedor	Dirección	Teléfono	Dinero debido \$
Nombre de Proveedor	Dirección	Teléfono	Dinero debido \$
Nombre de Proveedor	Dirección	Teléfono	Dinero debido \$
Nombre de Proveedor	Dirección	Teléfono	Dinero debido \$

SECCIÓN 6. INFORMACIÓN DEL PATRÓN DE LA VÍCTIMA		Complete esta parte únicamente si está reclamando pérdida de sueldo o ingreso		
Nombre del Patrón	Dirección	Ciudad	Estado	CódigoPostal
Número de Teléfono:	Número de Fax:	¿Era la víctima trabajador autónomo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Días ausentes en el trabajo dados las lesiones relacionadas al crimen		Monto de ingresos perdidos por las lesiones		
Desde:	Hasta:	\$		
Víctima se le permitió volver a trabajar el:	Por (nombre del médico):	Número de Teléfono del Médico:		

SECCIÓN 7. FUENTES DE ASISTENCIA FINANCIERA		Marque todas las que apliquen		
¿La víctima tenía seguro en el momento del crimen? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿La segunda víctima tiene seguro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Salud	<input type="checkbox"/> Auto	<input type="checkbox"/> Compensación Laboral	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare
<input type="checkbox"/> SSI	<input type="checkbox"/> Incapacidad del Seguro Social	<input type="checkbox"/> Beneficios de Incapacidad	<input type="checkbox"/> Propietario de vivienda/arrendador	<input type="checkbox"/> Asistencia General
<input type="checkbox"/> Ninguno				
Nombre del Proveedor:			Póliza # :	

**RECONOCIMIENTO Y ACUERDOS DE REEMBOLSOS**

Este Reconocimiento, Reembolso y Acuerdos de Autorización deben de ser firmados antes de que el proceso de verificación del reclamo empiece.

**Solicitud de Verificación**

Sujeto a la multa o encarcelamiento, la información contenida en esta solicitud para una indemnización de Víctimas de Indemnización o Compensación de un Crimen es correcta y verdadera a mi leal saber.

**Consentimiento**

Estoy de acuerdo que cualquier indemnización(es) podrá ser pagada directamente, a la discreción del Programa de Asistencia de Compensación de Víctimas de Delaware, a la(s) persona(s) a las que se le(s) deben pago.

**Acuerdo de Subrogación**

Estoy de acuerdo de que NO HE FIRMADO Y NO FIRMARÉ ninguna cesión o participaré en ningún acuerdo o compromiso con ninguna persona que pueda ser responsable conmigo por daños como resultado del acto criminal al cual estoy haciendo esta reclamación. En consideración a cualquier indemnización hecha por la AGENCIA, estoy de acuerdo a subrogar a la AGENCIA de cualquier derecho o motivo de acción a la magnitud de la indemnización que podrá tener en contra de una tercera parte. Yo autorizo a la AGENCIA a seguir en mi nombre, con los gastos pagados por la AGENCIA, el recuperar de cualquier tercera parte cualquier suma pagada a mí del FONDO DE COMPENSACIÓN DE VÍCTIMAS. En cualquier demanda que es traída por la AGENCIA, estoy de acuerdo a cooperar completamente y asistir de cualquier manera, incluyendo el ejecutar y devolver los papeles requeridos.

**Devolución o Reembolso**

Si más tarde yo recupero cualquier dinero por medio de una acción judicial, restitución o de alguna otra manera, yo estoy de acuerdo de rembolsar o devolver inmediatamente la indemnización(es) a la JUNTA.

**Causa o Litigio Civil**

¿Habrá una Causa o Litigio Civil en relación a este crimen?  Si  No  Desconocido

Si responde si, escriba el nombre y dirección del Abogado: \_\_\_\_\_

**Apelación**

Yo entiendo que si estoy insatisfecho con la decisión INICIAL del Programa de Asistencia de Víctimas, yo puedo someter una solicitud por escrito para ser considerado de nuevo, en menos de quince (15) días de la fecha en que la decisión fue mandada por correo. Si el demandante está insatisfecho con la decisión final de la Agencia, el demandante, podrá, en menos de quince (15) después de que la decisión fue mandada por correo, pedir una audiencia ante la Junta de Apelaciones. Si no estoy satisfecho con la decisión final de la Junta de Apelaciones, entiendo que podré apelar la decisión al Tribunal Superior de Estado de Delaware en menos de treinta (30) de la decisión final.

**Reconocimiento y Acuerdos de Reembolso**

Mi firma abajo manifiesta que yo entiendo cada una de las siguientes declaraciones o puntos de la ley:

La decisión de aprobar mi reclamo es del Programa. Puedo oponerme a toda o parte de la decisión del Programa por escrito en menos de quince (15) días de la fecha de cuando la decisión fue mandada por correo. Yo debo probar el monto exacto de las pérdidas antes de que el Programa considere el otorgar la compensación del Fondo de Compensación de Víctimas de un Crimen. Puedo presentar un reembolso por gastos adicionales incurridos relacionados al crimen. Mi reclamo puede que sea negado si no coopero completamente con las agencias de la fuerza pública, los tribunales y el Programa o si no mantengo al día una dirección válida con el Programa. Si yo hiciera un reclamo falso, sería un delito penal castigado como un delito menor. Si hiciera una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al Programa, sería un delito penal castigado como un delito menor. Yo entiendo que le Programa de Asistencia de Compensación de Víctimas de Delaware es el pagador de último recurso. Yo especialmente estoy de acuerdo de informarle al Programa de y rembolsar a VCAP de Delaware cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otro lado de que no haya todavía sido considerado, como resultado del crimen y a la magnitud de la indemnización. Eso es, yo estoy de acuerdo a devolver cualquier fondo que reciba del delincuente, de cualquier otra persona o cualquier otro lado, el cual me compense por la lesión que he sufrido. También estoy de acuerdo, de que si el reclamo en algún momento se determina haber sido un error, falso o fraudulento, yo devolveré al Programa todas las sumas de dinero pagados por el Programa.

X \_\_\_\_\_  
Firma del Demandante

\_\_\_\_\_  
Fecha

X \_\_\_\_\_  
Firma del Testigo que Verifica

\_\_\_\_\_  
Fecha

**AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN**

Yo por medio de esta autorizo de acuerdo con las normas o reglas de privacidad bajo HIPPA (El decreto o ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro de Salud, 42 USC §§ 1320d et seq.) cualquier hospital, médico, proveedor de cuidado de salud u otra persona el cual ha atendido o examinado a (Nombre de la Víctima) \_\_\_\_\_, cualquier director de una funeraria u otra persona el cual haya dado servicios relacionados a este, cualquier patrón de la víctima o demandante; cualquier agencia de policía o gubernamental, incluyendo autoridades de impuestos del estado o federales; cualquier compañía de seguros; o cualquier organización que tenga un conocimiento relevante, para dar al Programa de Asistencia de Compensación de Víctimas, cualquier y toda información en su posesión con respecto al incidente que son las bases para esta reclamación. Copias de esta autorización pueden ser usadas en lugar de la original.

X \_\_\_\_\_  
Firma del Demandante

\_\_\_\_\_  
Fecha