



OFFICE OF VICTIM SERVICES

Focusing on a brighter future

Estamos a su disposición para servirle. Si tiene dudas sobre cómo llenar esta solicitud o sobre el Programa de Indemnización para Víctimas, sírvase llamar a la OVS al 1-888-286-7347. Tenga en cuenta que es importante que usted le informe a la OVS sobre cualquier cambio en su información de contacto ya que si no podemos comunicarnos con usted, es posible que se venzan plazos importantes establecidos por la ley estatal o se de por cerrada su reclamación.

Complete las secciones resaltadas 1, 6 o 6a y 9.

SECCIÓN 1 - INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA

La persona que sufrió daño emocional a raíz del delito.

<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Agénero	Nombre de la víctima (nombre, 2.º nombre, apellido)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Edad
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
Número de teléfono diurno	Número de celular	Correo electrónico		
Lengua materna				

SECCIÓN 2 - INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTOR LEGAL/CURADOR

Esta sección es para padres o tutores legales de niños menores de 18 años y tutores legales o curadores de un adulto incapacitado.

<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Agénero	Nombre del progenitor/tutor legal/curador (nombre, 2.º nombre, apellido)			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
Número de teléfono diurno	Número de celular	Correo electrónico		
Lengua materna		Parentesco: <input type="checkbox"/> progenitor <input type="checkbox"/> tutor legal <input type="checkbox"/> curador		

SECCIÓN 3 - DATOS ESTADÍSTICOS

Las siguientes preguntas son opcionales. Esta información se utiliza en informes estatales y federales. Describiría a la víctima como:

- Indio americano/nativo de Alaska asiático negro/afroamericano hispano/latino/latina
 nativo hawaiano/otro isleño del pacífico blanco no-latino/caucásico otra raza _____

¿Estaba discapacitada la víctima antes de ocurrir el delito? Sí No Lo desconoce

¿Cómo se enteró del Programa de Indemnización para Víctimas?: _____

SECCIÓN 4 - REPRESENTACIÓN DE ABOGADOS

Usted no necesita un abogado para solicitar la indemnización en calidad de víctima.

Favor de marcar todo lo que corresponda:

- sí, un abogado me está representando en esta solicitud (por favor llene la información del abogado)
 sí, un abogado me está representando en una demanda de derecho civil (favor de llenar la información del abogado)
 no, no me representa ningún abogado

Nombre del abogado (nombre, 2.º nombre, apellido) Nombre del bufete Número de colegiado

Dirección Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono del trabajo Número de fax Correo electrónico

SECCIÓN 5 - AUTORIZACIÓN PARA COMUNICARSE O HABLAR CON OTRA PERSONA

Seleccione la casilla para autorizar a la OVS a comunicarse con otra persona de no poder comunicarnos con usted, hablar con otra persona sobre su reclamación, o ambas opciones, y proporcione la información de contacto de dicha persona

- Autorización para comunicarse, si la OVS no puede comunicarse conmigo Autorización para hablar con esa persona sobre mi reclamación

Sr. Sra. Agénero

Nombre de la persona (apellido, segundo nombre, apellido) ¿Cómo conoce a esa persona?

Nombre de la agencia Dirección Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono diurno Número de celular Correo electrónico

Deberá completar la Sección 6 o la Sección 6a.

SECCIÓN 6 - INFORMACIÓN SOBRE EL DELITO

Si el delito tiene que ver con violencia intrafamiliar o trata de personas, favor de no llenar esta sección. En lugar de eso, complete la Sección 6a.

Fecha(s) del delito Dirección (calle, ciudad, estado, código postal) donde se cometió el delito

- Tipo de delito: pornografía infantil secuestro robo acoso amenaza de muerte amenaza de lesiones físicas
 compartir imágenes íntimas de forma ilícita voyerismo Otro _____

Describa brevemente el delito:

Fecha en que se dio parte del delito a la policía: ___ Se denunció el delito dentro de un plazo de 5 días? sí no (de ser negativo, favor de explicar)

Departamento de policía Nombre del oficial que investiga el delito Número de informe

SECCIÓN 6a - VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O DELITOS DE TRATA DE PERSONAS

Fecha(s) del delito _____ Dirección (calle, ciudad, estado, código postal) donde se cometió el delito Tipo de delito: menor que presencié el acto de violencia intrafamiliar violencia intrafamiliar trabajo forzoso otro _____ Favor de marcar a qué profesional o agencia le informó sobre el delito:

consejero autorizado en causas de violencia intrafamiliar o agresión sexual centro de apoyo para menores Departamento de Niños y Familias

juez (adjunte una copia de la orden firmada de protección civil o de restricción) profesional médico o de salud mental

policía profesional escolar otro _____

Nombre de la persona a la que le contó sobre el delito	Cargo	Fecha en la que informó a dicha persona
--	-------	---

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal) de la persona a la que le contó	Número de teléfono
--	--------------------

SECCIÓN 7 - INFORMACIÓN SOBRE EL DELINCUENTE

¿Se arrestó a alguien por el delito? sí no lo desconoce

¿Se presentó el delincuente al tribunal? sí no lo desconoce

Nombre de la persona arrestada, si se conoce

En caso afirmativo, ciudad donde se encuentra el tribunal

Número de expediente, si se conoce: _____

SECCIÓN 8 - GASTOS Y RECURSOS ECONÓMICOS RELACIONADOS CON EL DELITO

Favor de marcar la casilla relativa al beneficio de indemnización que usted solicita, las casillas relativas a los recursos económicos que tiene a su disposición y completar la información solicitada. Deberá comunicarse con la OVS si alguno de los recursos económicos no seleccionados llegara a estar disponible. Si hasta el momento no ha tenido ningún gasto relacionado con el delito, es importante que de todas formas presente la solicitud en caso de que necesite ayuda económica en el futuro.

NO HE TENIDO GASTOS HASTA EL MOMENTO (por favor vaya a la Sección 9 y firme la solicitud)

GASTOS MÉDICOS, DE SALUD MENTAL, DENTALES Y DE RECETAS MÉDICAS

Sírvase indicar los nombres de todos los profesionales que le dieron tratamiento y proporcione copias de facturas relacionadas con el delito, copias impresas de las recetas para los montos de copagos y las declaraciones de beneficios del seguro, si estuvieran disponibles.

Nombre del profesional	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	Número de teléfono

¿TIENE O TENDRÁ GASTOS RELACIONADOS CON EL DELITO QUE SE PAGARÁN CON AL MENOS UNO DE ESTOS RECURSOS FINANCIEROS?

	Compañía de seguro	Número de póliza	Número de teléfono
<input type="checkbox"/> Seguro dental			
<input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Sociales (Medicaid/Husky)			
<input type="checkbox"/> Seguro médico			
<input type="checkbox"/> Medicare			

GASTOS DE LIMPIEZA DEL LUGAR DE LOS HECHOS Y DEL SISTEMA DE SEGURIDAD (beneficio máximo \$1.000)

Favor de completar esta sección si usted pagó el monto total de los gastos o parte de los mismos. Proporcione una copia de la nota del profesional de atención médica o de salud mental en la que se indique que estos gastos forman parte de su tratamiento y proporcione copias de las facturas y recibos, si están disponibles. Los gastos podrían incluir el reemplazo o reparación de cerraduras, ventanas, puertas dañadas y costos de instalación y equipo de sistemas o dispositivos de seguridad.

Nombre del profesional	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	Número de teléfono

SECCIÓN 9 - DECLARACIÓN DE HECHOS Y AUTORIZACIÓN

Doy fe de que la información contenida en esta declaración es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo a cualquier hospital, médico(s) u otra persona(s) que me haya atendido, examinó o que me haya prestado servicios a mí o a cualquier hijo mío menor de edad o adulto incapacitado de quien soy padre, tutor legal o curador a nombre de quien tengo la autoridad de actuar; a mi empleador y al empleador de la persona de la que tengo autoridad de actuar en su nombre; a cualquier policía u otra autoridad o agencia municipal, o las autoridades públicas, incluidos los servicios tributarios estatales y federales, a toda compañía de seguros u organización que tuviera conocimiento del incidente, para ofrecer a la Oficina de Servicios para Víctimas (OVS) o a su representante toda información relacionada con el incidente que ocasionó las lesiones emocionales de la víctima y a esta solicitud de indemnización para víctimas.

Una copia de esta autorización tendrá el mismo efecto y validez que la original.

Autorizo a la OVS a divulgar cualquier información contenida en sus registros, incluida información de carácter confidencial, a las oficinas de la División de Servicios de Apoyo del Tribunal, la Fiscalía del Estado, el Fiscal General, la Oficina de los Fiscales de los Estados Unidos, y a los abogados privados contratados por la OVS o por mí, y a comunicarse libremente con ellos cuando sea necesario (Artículo 54-208(e), 54-212, 54-215 del Código General de Connecticut).

Entiendo que si presenté una demanda en contra de quien sea responsable de la lesión por la cual la OVS pagó la indemnización, tendré que notificar a la OVS dentro de un plazo máximo de 30 días de haberse presentado dicha acción en el tribunal. Si recobro dinero de la demanda, ya sea mediante un fallo judicial o un acuerdo, entiendo que, por ley estatal, la OVS tiene derecho a dos terceras partes de la cantidad que la OVS hubiera pagado. (Artículo 54-212 del Código General Connecticut) Si he presentado una demanda, estoy de acuerdo en proporcionar inmediatamente una copia del escrito, citación y reclamación a la OVS.

Entiendo que la OVS tendrá el derecho a presentar una demanda en mi nombre contra aquel que sea responsable de la lesión por la que se efectuó el pago. Entiendo además que si la OVS recupera dinero de la demanda, por ley estatal, la OVS tendrá derecho a retener dos tercios de la cantidad pagada, menos los costos y gastos incurridos posteriormente. La OVS me pagará todo saldo por encima de esa cantidad (Artículo 54-212 del Código General de Connecticut).

Entiendo que si yo, o la persona en nombre de quien presento la solicitud, recibe dinero debido al incidente de cualquier otra fuente, tales como pagos de agencias estatales o municipales, beneficios de seguros, o compensación de trabajadores, por ley estatal, la OVS tiene derecho a recibir dos tercios del monto que la OVS haya pagado (Artículo 54-212 del Código General de Connecticut).

Entiendo que si el juez ordena que se me pague indemnización o a la persona en nombre de la cual presento esta solicitud, por gastos que la OVS pagó, la OVS tiene derecho a recibir el monto total de la indemnización, a menos que el juez ordenara lo contrario (Artículo 54-215 del Código General de Connecticut).

Entiendo además que mis proveedores podrían recibir reembolsos directos por el monto que les debo.

Firma del solicitante (no se aceptan firmas electrónicas)	Nombre en letra de molde	Fecha
---	--------------------------	-------

El solicitante adulto, padre, tutor legal o curador de un niño menor de edad (menor de 18 años), o el tutor legal o curador de un adulto incapacitado deberá firmar esta solicitud. Toda solicitud que no esté firmada se devolverá para ser firmada.

Tras completar la solicitud, sírvase enviarla a: Office of Victim Services, 225 Spring Street, 4th Floor, Wethersfield, CT 06109; por Fax a: 866-263-2780; por correo electrónico a: OVSCompensation@jud.ct.gov

Comuníquese con la OVS llamando al: 1-888-286-7347

Página de Internet de la OVS: www.jud.ct.gov/crimevictim

AVISO SOBRE LA LEY ADA

La Rama Judicial del Estado de Connecticut cumple con los requisitos de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés). Si necesita ajustes razonables de conformidad con la ley ADA, llame a OVS al 1-800-822-8428.