

Oficina del Procurador General



The Capitol, PL-01 • Tallahassee, FL 32399-1050

Oficina: (850) 414-3300 • Fax: (850) 487-1595 ó (850) 487-2625

Sitio web: <http://myfloridalegal.com>

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE COMPENSACIÓN A LAS VÍCTIMAS

Este documento se encuentra disponible en otro formato para aquellas personas que así lo soliciten.

Si desea recibir asistencia, llame a la línea gratuita que brinda Servicios de Información y Derivación para las Víctimas al 1-800-226-6667.

Los usuarios de TDD pueden llamar a través del Servicio de Retransmisión de Mensajes de Florida al 1-800-955-8771.

Instrucciones

Lea los requisitos al dorso de la página para ver si usted reúne las condiciones para presentarse a este programa. Complete todas las secciones de este formulario (e imprímalo), adjunte toda la documentación requerida, y envíelo por correo postal a la dirección que se muestra arriba. Si se muda o su domicilio cambia, es preciso que se lo notifique a esta oficina. Para cada víctima o cada reclamante de compensación, se realizará una verificación de antecedentes penales.

INDIQUE EL TIPO DE BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN PARA VÍCTIMAS QUE SOLICITA

- DISCAPACIDAD:** compensación para la víctima que padece de una discapacidad permanente. (Adjunte una declaración por escrito de un médico que certifique su discapacidad).
- PÉRDIDA DE SALARIO:** compensación para la víctima que ya no percibe un salario debido a un delito. (Adjunte la documentación de parte del empleador).
- PÉRDIDA DEL SUSTENTO:** compensación para los familiares que estaban a cargo de una víctima fallecida que se encontraba empleada cuando se cometió el delito.
- PÉRDIDA DE BIENES:** para los adultos mayores (60 años o más) y adultos discapacitados que perdieron un bien tangible como resultado de un hecho delictivo o criminal. Adjunte un recibo o un presupuesto por escrito del vendedor o comerciante.
- GASTOS:** el reembolso de pagos en nombre de la víctima por gastos relacionados con el delito, incluidos funeral/entierro, consultas médicas o dentales, y psicológicas, y también recetas, lentes, dentaduras o prótesis perdidas, dañadas o necesarias como resultado de un delito. (Adjunte las facturas y recibos para cada ítem).
- FUNERAL/ENTIERRO TRATAMIENTO MÉDICO / DENTAL ASISTENCIA PSICOLÓGICA
- ASISTENCIA DE EMERGENCIA:** el reembolso por la pérdida del salario documentada y de viáticos relacionados con el delito. (Adjunte los recibos).
- ASISTENCIA PARA LA REUBICACIÓN DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA:** para las víctimas de violencia doméstica que buscan asistencia para reubicarse en un ambiente seguro. El formulario de certificación del refugio debe adjuntarse al pedido.

Sección 1. Información de la víctima (imprimir)

NOMBRE DE LA VÍCTIMA (apellido, primer y segundo nombres)			FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO			DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
CIUDAD	ESTADO	C. P.	SEGURO SOCIAL #
NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO, CELULAR U OTRO NÚMERO EN DONDE SE PUEDA LOCALIZARLO/A DE DÍA ()		NÚMERO DE TELÉFONO DE SU CASA	
ESTA INFORMACIÓN ES NECESARIA PARA LOS INFORMES FEDERALES Y ES OPCIONAL			
RAZA: <input type="checkbox"/> CAUCÁSICO <input type="checkbox"/> AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> HISPANO <input type="checkbox"/> ABORÍGENA DE EE. UU. O ALASKA <input type="checkbox"/> ASIÁTICO Y DE ISLAS DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> OTRO, ESPECIFICAR: _____			
SEXO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	¿LA VÍCTIMA ERA DISCAPACITADA ANTES DEL CRIMEN?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
EL RECLAMANTE, SI LA VÍCTIMA ES (seleccione uno): <input type="checkbox"/> FALLECIDA <input type="checkbox"/> MENOR HERIDO <input type="checkbox"/> MENOR TESTIGO — ILESO <input type="checkbox"/> INCOMPETENTE <input type="checkbox"/> ADULTO MAYOR O DISCAPACITADO			
NOMBRE DEL RECLAMANTE (apellido, primer y segundo nombres):			
NOMBRE DE LA VÍCTIMA (apellido, primer y segundo nombres):			FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO			DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
CIUDAD	ESTADO	C. P.	SEGURO SOCIAL #
NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO, CELULAR U OTRO NÚMERO EN DONDE SE PUEDA LOCALIZARLO/A DE DÍA ()		NÚMERO DE TELÉFONO DE SU CASA	RELACIÓN CON LA VÍCTIMA

Sección 2. Información sobre la fuente de derivación

Si alguien lo(a) ayudó a completar esta solicitud, proporcione la siguiente información:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE LO(A) AYUDÓ CON LA SOLICITUD (apellido, primer y segundo nombres)	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
NOMBRE DE LA AGENCIA /ORGANIZACIÓN EN DONDE TRABAJA LA PERSONA	
DIRECCIÓN DE LA AGENCIA (dirección, ciudad, estado, C. P.)	NÚMERO DE TELÉFONO

PARA USO EXCLUSIVO DE ESTA OFICINA

BVC 100 (Rev. 04/03)

NÚMERO DE RECLAMACIÓN _____

PÁGINA 1 DE 3

Sección 3. Información sobre la discapacidad o la pérdida del salario

Adjunte una copia de un recibo de sueldo o comprobante de ingresos que demuestre sus ingresos al momento del delito. Si Ud. trabaja por cuenta propia, adjunte una copia de su última declaración de impuestos sobre el ingreso, incluido el Anexo C. Si, a causa del delito, perdió más de cinco (5) días de trabajo, adjunte una carta del médico que verifique esta ausencia. Para los casos de discapacidad, adjunte una carta del médico que indique el grado de discapacidad.

NOMBRE DEL SUPERVISOR		NÚMERO DE TELÉFONO	
NOMBRE DE LA EMPRESA/ NEGOCIO (si tiene más de un [1] empleador, adjunte una hoja adicional)			
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA (dirección, ciudad, estado, C. P.)			
¿EL SEGURO CUBRE LA PÉRDIDA DE SALARIO?		¿EL DELITO PROVOCÓ LA DISCAPACIDAD?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿LA COMPENSACIÓN A LOS TRABAJADORES CUBRE LA PÉRDIDA DEL SALARIO?			
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

Sección 4. Información sobre la pérdida de sustento

Indique abajo el/los nombre(s) y la(s) fecha(s) de nacimiento del cónyuge superviviente, de los padres, hermanos o hijos dependientes de la víctima fallecida. También adjunte una copia de la última declaración de impuestos sobre el ingreso de la víctima fallecida u otra prueba de dependencia.

NOMBRE DE LA PERSONA A CARGO	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO CON LA VÍCTIMA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Sección 5. Información sobre gastos

Para cada categoría adjunte las facturas de los médicos, hospitales y profesionales de salud mental que atendieron a la víctima y de cualquier otro gasto médico. Si la víctima falleció, adjunte una copia de la factura de la casa funeraria que suministró los servicios de entierro.

Sección 6. Información sobre la pérdida de bienes

Este beneficio se encuentra disponible sólo para las personas que son adultos discapacitados o tienen 60 años o más. Adjunte un recibo o un presupuesto escrito de un vendedor o comerciante para que se le restituya el bien que se perdió o resultó dañado a causa del incidente. Los ítems que se deben reponer deben especificarse en el informe policial.

Sección 7. Información sobre la reubicación por violencia doméstica. Complete la sección 2 en su totalidad

Este beneficio se encuentra disponible sólo si la solicitud es procesada por un centro de violencia doméstica certificado y si la solicitud se presenta dentro de los 30 días desde el momento en que el delito se produjo.

Sección 8. Información del seguro

¿EL SEGURO O MEDICAID PUEDEN AYUDAR A CUBRIR GASTOS? SI NO NÚMERO DE MEDICAID _____

En caso afirmativo, proporcione los datos siguientes para todas las pólizas de seguro, incluidas las de Medicaid, Medicare, vida, vivienda, automóvil, o seguro médico principal. Adjunte todas las declaraciones de Explicación de Beneficios relacionadas.

NOMBRE DE LA EMPRESA		NÚMERO DE PÓLIZA	NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	C. P.
NOMBRE DE LA EMPRESA		NÚMERO DE PÓLIZA	NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	C. P.

Sección 9. Información del abogado

¿PRESENTÓ UNA DEMANDA CIVIL O PIENSA HACERLO COMO RESULTADO DE ESTE DELITO?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
NOMBRE DEL ABOGADO		NÚMERO DE TELÉFONO ()	
DIRECCION		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
CIUDAD	ESTADO	C. P.	

Sección 10. Información sobre el delito

Complete la siguiente sección y adjunte una copia del informe policial, si está disponible.

¿SE DENUNCIÓ EL DELITO A LA POLICÍA DENTRO DE LAS 72 HORAS?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	EN CASO NEGATIVO, EXPLIQUE		
FECHA DEL DELITO	FECHA DE LA DENUNCIA	DENUNCIADO ANTE (agencia policial)				
LUGAR DEL DELITO (dirección, ciudad, condado)						
TIPO DE DELITO		NÚMERO DE DENUNCIA POLICIAL				
NOMBRE DEL OFICIAL DE POLICÍA						
NOMBRE DEL DELINCUENTE (si se conoce)						
¿SE ARRESTÓ AL DELINCUENTE?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿EL CASO FUE A JUICIO?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE LA FECHA
NOMBRE DEL FISCAL ESTATAL ASISTENTE QUE LLEVA EL CASO					NÚMERO DE CAUSA EN EL TRIBUNAL	
SI LA DEMANDA SE PRESENTÓ DESPUÉS DEL PERÍODO ESTABLECIDO DE UN AÑO DESDE EL MOMENTO EN QUE EL DELITO OCURRIÓ, EXPLIQUE LOS MOTIVOS DE LA DEMORA.						

LEA CON ATENCIÓN Y FIRME LAS SIGUIENTES DECLARACIONES

Sección 11.

CONFIDENCIALIDAD: Si usted fue víctima de un ataque sexual, abuso agravado de menores, acoso agravado, hostigamiento, agresión agravada, o violencia doméstica, tiene derecho a que los datos de su domicilio y número de teléfono, dirección de empleo y número de teléfono y de sus bienes personales sean confidenciales durante cinco años. Si usted fue víctima de cualquiera de estos delitos, marque uno de los siguientes enunciados. Su respuesta no afectará el procesamiento de su denuncia.

Deseo que la información sea confidencial.

No deseo que la información sea confidencial.

GRAVES DIFICULTADES ECONÓMICAS: Certifico que mi situación económica es grave debido a los gastos relacionados con el delito que no pueden solventarse mediante ningún otro medio.

CERTIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE UN BIEN: Certifico que el bien en cuestión pertenecía a la víctima; que esta pérdida afecta de manera negativa la calidad de vida de la víctima; que no existe otra fuente de reembolso para esta pérdida; y que es probable que la reposición de este bien provoque dificultades económicas graves para el reclamante.

DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: Autorizo a que cualquier hospital, médico, dentista, profesional de salud mental, u otro proveedor de atención, institución bancaria, agencia de servicio social, agencia policial, correccional, fiscalía estatal, asegurador, abogado o empleado suministre la información necesaria sobre el tratamiento que se está prestando, empleo, seguro, tercero pagador o información relacionada con la investigación policial al Departamento de Asuntos Legales para el procesamiento de mi reclamación. Autorizo al Departamento a divulgar la información sobre el estado de mi reclamación a cualquier proveedor de atención, agencia policial o fiscalía estatal.

REQUISITO DE DEVOLUCIÓN: Entiendo que el pago realizado por el programa de compensación a las víctimas es un pago efectuado como último recurso y que debo devolverle el dinero al Fondo de Compensación de Delitos (Crimes Compensation Trust Fund) si recibo una asignación por compensación a la víctimas y también recibo un pago de otra fuente como consecuencia del mismo delito. Las fuentes comprenden, entre otras, cualquier pago por parte del delincuente, una póliza de seguros, un acuerdo, un fallo o una asignación en una demanda de terceros. También entiendo que, si se determina que mi reclamación no reúne los requisitos, debo pagar cualquier asignación de emergencia del Fondo de Compensación de Delitos. También entiendo que, si se determina que mi reclamación no reúne los requisitos, debo devolver el dinero que haya recibido del Fondo de Compensación de Delitos.

La información que suministré es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Firma del reclamante _____

(debe firmar una persona de 18 años o mayor)

Fecha _____

OFICINA DE COMPENSACIÓN A LA VÍCTIMA DE FLORIDA

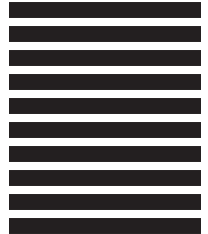
Requisitos para presentar la solicitud

- La víctima o el reclamante debe cooperar completamente con las agencias policiales, con la fiscalía estatal y con la Oficina del Procurador General.
- El incidente delictivo debe denunciarse ante las agencias policiales dentro de los tres días desde el momento en que ocurrió, a menos que exista una buena razón para denunciarlo más tarde.
- La reclamación debe presentarse dentro del primer año desde la fecha en la que el delito se produjo, pero el momento de presentación puede extenderse a dos años cuando existe una buena razón por la que no se haya presentado dentro del primer año. Se realizan excepciones cuando las víctimas son menores.
- Es importante que la víctima no haya contribuido a las circunstancias que produjeron la lesión o la muerte causadas por el delito.
- Compensación a la víctima: la víctima debe haber sufrido lesiones físicas, psiquiátricas o psicológicas o debe haber fallecido a causa del delito.
- Pérdida de bienes: la víctima que tenga 60 años o más, o que sea un adulto discapacitado, que sufrió la pérdida de un bien personal tangible como consecuencia de un acto criminal o delictivo puede recibir el reembolso por la pérdida del bien.
- Reubicación de la víctima de violencia doméstica: las víctimas que necesitan asistencia inmediata para escapar de un ambiente de violencia doméstica pueden recibir asistencia económica para reubicarse. Es preciso que presenten la solicitud dentro de los 30 días desde la fecha del acto delictivo; se exige la certificación de un centro certificado de violencia doméstica.
- Para todas las víctimas y los reclamantes, se realizará una verificación de antecedentes penales a través del Centro de Información de Delitos de Florida (Florida Crime Information Center). Las personas que hayan sido registradas como delincuentes habituales, delincuentes violentos habituales o criminales violentos y las personas que hayan recibido un veredicto de culpabilidad por un delito grave de allanamiento de vivienda no pueden solicitar estos beneficios.

(doble aquí y selle)



NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES



BUSINESS REPLY MAIL

FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 663 TALLAHASSEE, FL

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

**OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL
DIVISION OF VICTIM SERVICES
THE CAPITOL, PL-01
TALLAHASSEE FL 32399-9914**



(doble aquí y selle)

Beneficios de compensación

- El Programa de Compensación a las Víctimas puede brindar ayuda económica a las personas que reúnan los requisitos, pero sólo una vez que se hayan agotado otras fuentes de pago en su totalidad.
- Los pagos aceptados por proveedores dentro del estado en nombre de las víctimas son pagos completos según la ley de Florida.
- Los reclamantes que son aceptados por el Programa de Compensación a las Víctimas pueden quedar exentos de las disposiciones sobre deducibles y copagos de su seguro.
- Los beneficios de compensación a las víctimas no pueden exceder la suma máxima de \$25,000 (\$50,000 en caso de lesiones por catástrofe) por reclamación. Se pueden aplicar límites por debajo del máximo para beneficios específicos, los cuales pueden reducirse según la disponibilidad de fondos sin aviso previo al beneficiario de la asignación.