SOLICITUD E INSTRUCCIONES

PROGRAMA DE COMPENSACIÓN A VÍCTIMAS DEL DELITO

INSTRUCCIONES
Para acelerar el procesamiento de su solicitud, envíe un paquete de solicitud completo, que incluye los puntos 1 y 2 abajo.

1

Por favor, complete toda la solicitud. Escriba claramente. Firmar en todos los lugares donde se solicite una firma.

2

Proporcione un informe policial o de incidente que incluya el nombre de la víctima o testigo y un resumen del incidente.

3

La Oficina de Contabilidad del Estado que maneja todos los pagos del CVCP puede solicitar un formulario W-9 para que los nuevos beneficiarios certifiquen su identidad. Enviar un formulario W-9 completo con su paquete de solicitud completo le ayudará con el procesamiento de sus pagos aprobados.

4

Puede registrarse para presentar su solicitud en línea visitando victimcompportal.cjcc.ga.gov. O puede enviar el paquete de solicitud completo por correo a:
Criminal Justice Coordinating Council,
Crime Victims Compensation Program
104 Marietta Street NW, Suite 400
Atlanta, GA 30303

Si desea ayuda para completar su solicitud o si tiene preguntas, llámenos. Contamos con defensores del programa disponibles para ayudarlo.

Oficina (404) 657-2222 |
Número gratuito (800) 547-0060
Teléfono (404) 463-7650
Fax (404) 463-7652 cjcc.ga.gov

PROGRAMA DE COMPENSACIÓN A VÍCTIMAS DEL DELITO EN GEORGIA
CONSEJO COORDINADOR DE JUSTICIA PENAL

El Programa de Compensación a Víctimas del Delito de Georgia (Georgia Crime Victims Compensation Program, CVCP) se esfuerza por aliviar la carga financiera que soportan las víctimas inocentes y los testigos de delitos, cuando se agotan otros recursos.

Los solicitantes que reúnan la elegibilidad del programa pueden recibir una indemnización de hasta $25.000 para ayudar con los gastos médicos (incluida la atención dental), de asesoramiento, de apoyo económico, de desinfección del lugar del delito y funerarios cuando los costos no estén cubiertos por otras fuentes.

BENEFICIOS CUBIERTOS

Gastos médicos	HASTA $15.000
Gastos por pérdida de salario	HASTA $10.000
Gastos de manutención	HASTA $10.000
Gastos funerarios	HASTA $6.000*
Gastos de asesoramiento	HASTA $3.000**
Gastos de desinfección de la escena del crimen	HASTA $1.500

* Se debe presentar un certificado de defunción junto con su solicitud de beneficios funerarios. Para delitos anteriores al 6 de mayo de 2015, el límite categórico es de $3.000.

** Consulte nuestro sitio web para conocer el programa de tarifas de beneficios de asesoramiento.

TENGA EN CUENTA:

- Si no tiene toda o parte de la documentación requerida (como un informe policial), puede presentar una solicitud firmada para iniciar el proceso de revisión del reclamo. Su reclamo estará incompleto y nos comunicaremos con usted para obtener los documentos adicionales que sean necesarios.
- También puede presentar una solicitud incluso si no se conoce al delincuente. Aunque el incidente debe ser informado a la policía o a una agencia de investigación (DFCS, APS, los tribunales, las autoridades médicas, o el sistema escolar), la detención o el procesamiento por detención de un delincuente no es un requisito del programa o de elegibilidad.
- Si usted no es el titular principal de la póliza y es víctima de agresión sexual o violencia familiar, puede optar por no proporcionar información sobre el seguro para este incidente marcando la casilla de exclusión voluntaria en la Sección 6 de la solicitud.
- Somos el pagador de último recurso. Debemos asegurarnos de que el seguro, incluido Medicaid/Medicare, se aplique antes de procesar un pago.
- Los beneficios recibidos se basan en gastos elegibles reales y las facturas detalladas deben presentarse junto con su solicitud para su revisión.

COMPENSACIÓN A LAS VÍCTIMAS DEL DELITO

SOLICITUD

104 Marietta Street
Suite 400
Atlanta, GA 30303

Oficina (404) 657-2222
Fax (404) 463-7652
Número gratuito (800) 547-0060
TTY (404) 463-7650

PROGRAMA DE COMPENSACIÓN A VÍCTIMAS DEL DELITO EN GEORGIA
CONSEJO COORDINADOR DE JUSTICIA PENAL

www.cjcc.ga.gov

SECCIÓN 1. INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA/TESTIGO

Proporcione información sobre la persona que murió o resultó herida como resultado de un delito violento, o que fue testigo de un delito violento.

Nombre de la víctima/testigo (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA) / /	Número de Seguro Social (o TIN)
Dirección (incluido el número de apartamento)	Ciudad	Estado	Código postal
Mejor número de teléfono de contacto	Dirección de correo electrónico	Nombre preferido	

Regístrese en el portal en cjcc.ga.gov si desea recibir alertas de actualización de reclamos en tiempo real por correo electrónico.

Datos demográficos (solo para uso estadístico)

Raza: ☐ Indio americano/nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Nativo de Hawái y otras islas del Pacífico
☐ Blanco/no latino/caucásico ☐ Hispano / latino ☐ Otra raza _____

SECCIÓN 2. INFORMACIÓN DE CONTACTO SECUNDARIO

Si su información de contacto anterior cambia, proporcione los datos de una persona con la que podamos ponernos en contacto con usted para tratar su reclamo. Tenga en cuenta: No revelaremos ninguna información sobre el reclamo a su contacto secundario.

Nombre de la víctima/testigo (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Mejor número de teléfono de contacto	Dirección de correo electrónico

SECCIÓN 3. INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

Complete esta sección si presenta la solicitud en nombre de una víctima fallecida, una víctima menor de edad, una víctima adulta incapacitada o si no es la víctima, pero está pagando facturas en nombre de la víctima.

Nombre del solicitante (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA) / /	Número de Seguro Social (o TIN)
Dirección (incluido el número de apartamento)	Ciudad	Estado	Código postal
Relación con la víctima/testigo	Mejor número de teléfono de contacto	Número de teléfono alternativo	Dirección de correo electrónico

Regístrese en el portal en cjcc.ga.gov si desea recibir alertas de actualización de reclamos en tiempo real por correo electrónico.

Datos demográficos (solo para uso estadístico)

Raza: ☐ Indio americano/nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Nativo de Hawái y otras islas del Pacífico
☐ Blanco/no latino/caucásico ☐ Hispano / latino ☐ Otra raza _____

SECCIÓN 4. BENEFICIOS SOLICITADOS

Complete esta sección marcando todos los beneficios que está solicitando y envíe facturas detalladas por los servicios relacionados con el delito. Tenga en cuenta: se requiere un certificado de defunción para los beneficios funerarios.

☐ Médico ☐ Pérdida de ingreso ☐ Pérdida de apoyo ☐ Asesoramiento ☐ Funeral/Entierro ☐ Desinfección de la escena del crimen

Tenga en cuenta: Si solicita indemnización por pérdida de ingresos, no se le puede reembolsar si su salario estaba totalmente cubierto (por ejemplo, baja por enfermedad o anual, vacaciones, incapacidad, etc.) mientras estaba de baja debido al delito. Si cumple con la elegibilidad, solo se le puede reembolsar si faltó al trabajo y no cobró o si su salario solo se cubrió parcialmente.

¿Tenía la víctima o el testigo un empleo remunerado en el momento del delito? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, indique la(s) fecha(s) en que la víctima o testigo estuvo de baja debido al delito:

Por favor, marque si ha solicitado/presentado: ☐ Indemnización por accidente laboral ☐ Demanda/Acción civil
Nombre del abogado: Número de teléfono del abogado:

Si se le conceden beneficios, indique si desea recibir un depósito directo (pago ACH) o un cheque ☐ Depósito directo (pago ACH)* ☐ Cheque
*Tenga en cuenta: Su primer pago se realizará mediante cheque. Se necesita un formulario de solicitud de cambio de proveedor completo para configurar ACH.

SECCIÓN 5. AUTORIZACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS/INFORMACIÓN

Algunos reembolsos médicos y de asesoramiento pueden requerir un formulario de autorización médica. Aunque no es obligatorio, no enviar este formulario puede causar un retraso en el proceso.

Por favor, marque la casilla correspondiente:
☐ Estoy presentando el formulario de autorización médica/información, junto con las facturas médicas o de asesoramiento, con esta solicitud.
☐ Opto por rellenar el formulario de autorización médica/de información más adelante, si es necesario.

SECCIÓN 6. INFORMACIÓN DEL SEGURO

Proporcione la información de su seguro, incluido Medicaid/Medicare. Nota: Si usted no es el titular principal de la póliza y es víctima de agresión sexual o violencia familiar, puede optar por no proporcionar información sobre este incidente marcando la casilla de exclusión voluntaria. Exclusión ☐

¿Tiene seguro? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, nombre de la compañía de seguros: Nombre del titular de la póliza:

SECCIÓN 7. INFORMACIÓN DEL DELITO

Completar la siguiente sección es opcional si incluye un informe policial o un informe de incidente con su solicitud. Aceptaremos un informe de las autoridades policiales, los servicios de protección de niños/adultos, el sistema escolar, los tribunales, las autoridades médicas o cualquier otra agencia de investigación gubernamental oficial.

Condado del delito	Fecha del delito (MM/DD/AA) / /	Fecha en que se informó el delito (MM/DD/AA) / /
Delito de agencia informado a	Número de caso del organismo policial (si se conoce)	

SECCIÓN 8. MOTIVO JUSTIFICADO

Bríndenos información sobre cuándo se denunció el delito a las autoridades correspondientes y cuándo presentó su solicitud.

¿Se informó el delito a las autoridades correspondientes dentro de las 72 horas? ☐ Sí ☐ No
En caso negativo, para evitar retrasos en su solicitud, explique por qué no:

¿Esta solicitud se presenta dentro de los 3 años siguientes a la fecha del delito? Nota: Si la víctima era menor en ese momento, tiene hasta que cumpla 21 años para presentar la solicitud.
☐ Sí ☐ No En caso negativo, para evitar retrasos en su solicitud, explique por qué:

SECCIÓN 9. INFORMACIÓN SOBRE LA REMISIÓN

Por favor, díganos quién le remitió o le ayudó a solicitar el Programa de Compensación a las Víctimas del Delito.

Nombre de la agencia u oficina que lo remitió	Nombre de la persona de contacto de la agencia u oficina que lo remitió	Número de teléfono de la agencia

Marque todas las opciones que correspondan:
☐ La agencia remitente me informó sobre el programa.
☐ La agencia remitente me ayudó a completar o enviar la solicitud.
☐ La agencia remitente compartió materiales sobre el programa.
☐ La agencia remitente me informó o me ayudó a registrarme en el portal.

SECCIÓN 10. COMUNICADO PARA LA OFICINA DEL DA (FISCAL DE DISTRITO)

Lea atentamente esta sección e indíquenos si da su consentimiento para que la oficina de DA con jurisdicción sobre el delito por el que presenta la solicitud tenga acceso a ver su solicitud. Nota: Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento.

Por la presente autorizo la divulgación de información asociada con esta solicitud a la Oficina del Fiscal de Distrito, o cualquier representante de la misma, con jurisdicción sobre el delito en el que se basa esta solicitud. Mi firma permite que la oficina del DA vea mi reclamo y ayudar a obtener la información requerida. Entiendo que puedo comunicarme con el Programa de Compensación a Víctimas por teléfono o por escrito para revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que la oficina del DA ya haya actuado basándose en esta autorización. Entiendo que esta autorización es voluntaria y no afectará mi elegibilidad para recibir beneficios ni el pago de los mismos.

Doy mi consentimiento X_____ No doy mi consentimiento X_____

SECCIÓN 11. RECONOCIMIENTO DEL ACUERDO DE SUBROGACIÓN

Por favor lea esta sección atentamente. La persona que firma esta solicitud, ya sea como víctima/testigo o como solicitante, debe tener al menos 18 años de edad.

Al firmar esta sección, certifico que hasta la fecha no he recibido ninguna compensación como resultado de este delito. También reconozco que si recupero dinero mediante sentencia legal, acuerdo o restitución resultante de este delito, puedo ser responsable de reembolsar parte o la totalidad de los montos otorgados a mí, o en mi nombre, por el Programa de Compensación a Víctimas del Delito de Georgia. Como tal, por la presente acepto que, en consideración de una indemnización otorgada por el Programa de Compensación a Víctimas del Delito de Georgia, cedo, transfiero y subrogo todos los reclamos, intereses y derechos de acción que pueda tener contra otras partes o autoridades hasta la cantidad otorgada por el Programa.

X_____ _____
Firma de la víctima/testigo/solicitante (se requiere firma original) Fecha

SECCIÓN 12. ANTECEDENTES PENALES Y RECONOCIMIENTO MÉDICO

Por favor lea esta sección atentamente. La persona que firma esta solicitud, ya sea como víctima/testigo o como solicitante, debe tener al menos 18 años de edad.

Se completará un informe de antecedentes penales de todas las víctimas/testigos y solicitantes mayores de 18 años. Por la presente autorizo y entiendo que se revisará un informe de antecedentes penales para determinar la elegibilidad para el Programa de Compensación a Víctimas del Delito de Georgia; también autorizo a cualquier hospital, médico, centro médico, aseguradora o cualquier otra persona que tenga conocimiento relativo a mi reclamo a proporcionar información a la Junta de Compensación a las Víctimas del Delito de Georgia. Si se solicita asistencia psiquiátrica, es posible que se requiera un formulario de autorización por separado.

X_____ _____
Firma de la víctima/testigo/solicitante (se requiere firma original) Fecha

SECCIÓN 13. RECONOCIMIENTO DE COMPRENSIÓN

Por favor lea esta sección atentamente. La persona que firma esta solicitud, ya sea como víctima/testigo o como solicitante, debe tener al menos 18 años de edad.

Por la presente reconozco que el Programa de Compensación a Víctimas del Delito de Georgia solo otorgará compensación si se cumplen todos los requisitos de elegibilidad del programa. También reconozco que el Programa de Compensación a Víctimas del Delito de Georgia es el pagador de último recurso. Como tal, mis beneficios se verán reducidos por cualquier dinero que reciba de cualquier otra fuente como resultado del delito, incluidos seguros, restitución y acuerdos de demandas civiles. Con mi firma, declaro y afirmo bajo pena de perjurio, de conformidad con OCGA § 17-15-11, que la información proporcionada arriba es verdadera y correcta.

X_____ _____
Firma de la víctima/testigo/solicitante (se requiere firma original) Fecha