

# GEORGIA CRIME VICTIMS COMPENSATION PROGRAM

CRIMINAL JUSTICE COORDINATING COUNCIL



## SOLICITUD PARA VÍCTIMAS NUMEROSAS DE GEORGIA

Apalachee High School 9/4/2024

104 Marietta Street, Suite 440, Atlanta, GA 30303

Oficina (404) 657-2222 - Fax (404) 463-7652

<b>SECCIÓN 1. INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA/TESTIGO</b>		Sírvese a proporcionar información sobre la persona que fue herida o falleció como resultado de un crimen violento, o sobre la persona que fue testigo de un crimen violento.		
Nombre de la víctima/testigo (primer nombre, segundo nombre, apellido)		Sexo <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Número de seguro social (o TIN)
<b>Datos demográficos (para uso estadístico solamente)</b>				
Raza: <input type="checkbox"/> Indígena americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái y otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/no latino/caucásico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Otra raza _____				
Si tiene 17 años o más, ¿es la víctima un veterano de las fuerzas armadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Es la víctima una persona discapacitada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, ¿la discapacidad es resultado del crimen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Dirección (incluir el número de apartamento)		Ciudad	Estado	Código postal
¿Tiene la víctima seguro médico, incluido Medicaid/Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es sí, escriba el nombre de la compañía del seguro.		
<b>SECCIÓN 2. INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE</b>		Complete esta sección si hace la solicitud a nombre de una víctima fallecida, una víctima adulta discapacitada, o si usted no es una víctima pero está pagando facturas a nombre de la víctima.		
Nombre del reclamante (primer nombre, segundo, apellido)		Fecha de nacimiento (MM/DD/AA) / /	Sexo <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino	Número de seguro social (o TIN)
<b>Datos demográficos (para uso estadístico solamente)</b>				
Raza: <input type="checkbox"/> Indígena americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái y otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/no latino/caucásico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Otra raza _____				
¿Es veterano de las fuerzas armadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Dirección (incluir el número de apartamento)		Ciudad	Estado	Código postal
Relación con la víctima o testigo		Correo Electrónico		
<b>SECCIÓN 3. INFORMACIÓN SECUNDARIA DE CONTACTO</b>		En caso de que cambie sus datos para contactarlo, proporcione los datos de una persona que podamos contactar para que se comuniquen con usted acerca de su reclamación. No revelaremos información de la reclamación a su contacto secundario.		
Nombre del contacto secundario (nombre, segundo nombre, apellido).		Teléfono		
<b>SECCIÓN 4. RECONOCIMIENTO DE ACUERDO DE SUBROGACIÓN</b>		<b>Lea atentamente esta sección.</b> La persona que firma esta solicitud, ya sea como víctima o testigo, o el reclamante, <b>debe tener al menos 18 años de edad.</b>		
Al firmar esta sección, certifico que, hasta la fecha, no he recibido ninguna compensación por este crimen. También reconozco que si recibo dinero en virtud de una sentencia judicial, arreglo extrajudicial, o restitución, u otros a causa de este crimen, y en virtud del acuerdo de cobro, puedo ser responsable de devolver el monto parcial o total que me haya otorgado, o a mi nombre, el Programa de Compensación para Víctimas de Crimen en Georgia. En tal sentido, por el presente acepto que, en virtud de una indemnización del Programa de Compensación para Víctimas de Crimen en Georgia, cedo, transfiero y subrogo todas las reclamaciones, los intereses y los derechos de acción que pueda yo tener contra otras partes o autoridades hasta por el monto otorgado por el Programa.				
X _____ Firma de la Víctima/Testigo/Reclamante (se requiere la firma en el original)		_____ Fecha		
<b>SECCIÓN 5. ANTECEDENTES PENALES Y RECONOCIMIENTO MÉDICO</b>		<b>Lea atentamente esta sección.</b> La persona que firma esta solicitud, ya sea como víctima o testigo, o el reclamante, <b>debe tener al menos 18 años de edad.</b>		
Se completará un informe de antecedentes penales de todas las víctimas o testigos y reclamantes de 18 años y mayores. Por el presente, autorizo y entiendo que se analizará un informe de antecedentes penales para determinar si califico para el Programa de Compensación para Víctimas de Crimen en Georgia; asimismo autorizo a cualquier hospital, médico, centro médico, asegurador u otra persona o entidad de seguridad pública que tenga conocimientos relativos a mi reclamación a suministrar información a la Junta de Compensación para Víctimas de Crimen en Georgia. Si se solicita ayuda psiquiátrica, es posible que se requiera un formulario de autorización separado.				
X _____ Firma de la Víctima/Testigo/Reclamante (se requiere la firma en el original)		_____ Fecha		
<b>SECCIÓN 6. DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO</b>		<b>Lea atentamente esta sección.</b> La persona que firma esta solicitud, ya sea como víctima o testigo, o el reclamante, <b>debe tener al menos 18 años de edad.</b>		
Reconozco que el Programa de Compensación para Víctimas de Crimen en Georgia solo otorgará una indemnización si reúno todos los requisitos de los programas. También reconozco que el Programa de Compensación para Víctimas de Crimen en Georgia es el pagador de última instancia. En tal sentido, mis beneficios se reducirán según el dinero que reciba de otras fuentes como resultado del crimen, incluidos seguros, restitución por demanda civil.				
X _____ Firma de la Víctima/Testigo/Reclamante (se requiere la firma en el original)		_____ Fecha		