

PROGRAMA DE COMPENSACIÓN A VÍCTIMAS DE CRIMEN

INSTRUCCIONES

Para agilizar la tramitación de su solicitud, envíe el Paquete de la solicitud completo, que incluye los documentos 1 a 2 siguientes.

1

Llene la solicitud por completo y escriba en letra de molde clara. Firme en cada lugar donde se solicita la firma original.

2

Proporcione un informe de la policía o informe de incidente que mencione el nombre de la víctima o el testigo, y un resumen de los hechos.

3

La Oficina de Contabilidad de el estado que maneja los pagos para CVCP puede requerir la forma W-9 para los nuevos beneficiarios para certificar su identidad. Enviando una forma W-9 completa con el paquete de la aplicación puede ayudar para procesar los pagos aprobados.

4

Envíe por correo el paquete de la solicitud completo a
Criminal Justice Coordinating Council,
Crime Victims Compensation Program
104 Marietta Street NW, Suite 440
Atlanta, GA 30303

Usted también se puede registrar y aplicar en línea visitando victimscompportal.cjcc.ga.gov. Si usted desea ayuda para completar la aplicación o tiene preguntas, por favor llámenos. Nuestro programa tiene empleados disponibles para ayudarlo.

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

El Programa de Compensación a Víctimas de Crimen (CVCP) de Georgia puede aliviar la carga financiera a las víctimas inocentes y testigos de delitos, cuando se hayan agotado otros recursos.

Los solicitantes que cumplan con los requisitos del programa pueden recibir una compensación de hasta \$25,000 para ayudar con la atención médica y dental, consejería, apoyo económico, limpieza de la escena del crimen y gastos funerarios cuando los costos no están cubiertos por otras fuentes.

BENEFICIOS CUBIERTOS

| | |
|--|-----------------|
| Gastos médicos y dentales | HASTA \$15,000 |
| Perdida de gastos de apoyo | HASTA \$10,000 |
| Gastos de apoyo económico | HASTA \$10,000 |
| Gastos funerarios | HASTA \$6,000* |
| Gastos de consejería | HASTA \$3,000** |
| Gastos de limpieza de la escena del crimen | HASTA \$1,500 |

* Debe enviar un certificado de defunción junto con su solicitud de beneficios de funeral. Para los crímenes cometidos antes del 6 de mayo de 2015, el límite por categoría es de \$3,000.

** Consulte nuestro sitio web para obtener la lista de pago de beneficios de consejería.

TENGA EN CUENTA

- Si no tiene alguna o toda la documentación requerida (como una factura detallada o un informe de la policía), de todas maneras puede enviar una solicitud firmada para comenzar el proceso de revisión de reclamación. Su reclamación estará incompleta y nos comunicaremos con usted para pedirle los documentos adicionales que se necesitan.
- También puede enviar una solicitud, incluso si no se sabe quién cometió el crimen. Aunque el incidente debe ser informado a las autoridades del orden público o una agencia investigadora (DFCS, APS, los tribunales, las autoridades médicas o el sistema escolar), el arresto o el enjuiciamiento de un delincuente no es un requisito del programa.
- Puede que se le pida que llene un formulario de autorización para divulgación de información médica cuando solicite beneficios médicos o de consejería. El envío de la autorización con su paquete de solicitud completo puede acelerar el trámite.
- Somos la fuente de pago de último recurso. Cubrimos gastos no pagados por el seguro, incluido Medicaid o Medicare u otros recursos monetarios.
- Los beneficios recibidos se basan en los gastos reales que califican. Debe enviar facturas detalladas junto con su solicitud para la revisión.

COMPENSACIÓN A VÍCTIMAS DE CRIMEN

SOLICITUD

104 Marietta Street
Suite 440
Atlanta, GA 30303

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

GEORGIA CRIME VICTIMS
COMPENSATION PROGRAM
CRIMINAL JUSTICE COORDINATING COUNCIL



www.crimevictimscomp.ga.gov

SECCIÓN 1. INFORMACIÓN DE VÍCTIMAS/TESTIGOS

Proporcione información sobre la persona que murió o fue herida como consecuencia de un crimen violento, o que fue testigo de un crimen violento.

| | | | | |
|---|-------------------------|---|---|---------------------------------|
| Nombre de víctima o testigo (nombre, segundo nombre, apellido) | | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Fecha de nacimiento (mes, día, año) / / | Número de Seguro Social (o TIN) |
| Calle (incluya el # de apartamento) | | Ciudad | Estado | Código postal |
| Número de teléfono principal | Otro número de teléfono | Correo electrónico | | |
| ¿Cómo le gustaría recibir actualizaciones sobre la reclamación? <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo | | | | |

Datos demográficos (para uso estadístico solamente)

Raza: Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico
 Blanco/No latino/Caucásico Hispano/latino Otra raza _____

Si tiene más de 17 años, ¿es la víctima veterano de las fuerzas armadas? Sí No ¿Está la víctima discapacitada? Sí No Si responde Sí, ¿es la discapacidad resultado del crimen? Sí No

SECCIÓN 2. INFORMACIÓN DE CONTACTO ADICIONAL

Si la información de contacto arriba cambia, proporcione la información de una persona que podamos contactar para poder comunicarnos con usted sobre la reclamación. Tenga en cuenta: No revelaremos ninguna información sobre la reclamación a su contacto adicional.

| | | |
|--|------------------------------|-------------------------|
| Nombre de víctima o testigo (nombre, segundo nombre, apellido) | Número de teléfono principal | Otro número de teléfono |
|--|------------------------------|-------------------------|

SECCIÓN 3. INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

Llene esta sección si usted está presentando la reclamación en nombre de una víctima fallecida, víctima menor de edad, víctima adulta discapacitada, o si usted no es la víctima, pero está pagando facturas en nombre de la víctima.

| | | | | |
|---|------------------------------|---|---|---------------------------------|
| Nombre del reclamante (nombre, segundo nombre, apellido) | | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Fecha de nacimiento (mes, día, año) / / | Número de Seguro Social (o TIN) |
| Calle (incluya el # de apartamento) | | Ciudad | Estado | Código postal |
| Parentesco con la víctima o testigo | Número de teléfono principal | Otro número de teléfono | Correo electrónico | |
| ¿Cómo le gustaría recibir actualizaciones sobre la reclamación? <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo | | | | |

Datos demográficos (para uso estadístico solamente)

Raza: Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico
 Blanco/No latino/Caucásico Hispano/latino Otra raza _____

¿Es usted veterano de las fuerzas armadas? Sí No ¿Está discapacitado? Sí No

SECCIÓN 4. BENEFICIOS SOLICITADOS

Llene esta sección marcando todos los beneficios que está solicitando y envíe facturas detalladas sobre los servicios relacionados con el crimen. Tenga en cuenta: se requiere un certificado de defunción para los beneficios de funeral.

| | | | | | |
|----------------------------------|--|---|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médicos | <input type="checkbox"/> Pérdida de ingresos | <input type="checkbox"/> Pérdida de apoyo | <input type="checkbox"/> Consejería | <input type="checkbox"/> Funeral/entierro | <input type="checkbox"/> Limpieza de la escena del crimen |
|----------------------------------|--|---|-------------------------------------|---|---|

Tenga en cuenta: En caso de solicitar por la pérdida de ingresos, no puede recibir un reembolso si sus salarios fueron cubiertos completamente (p. ej., licencia por enfermedad o vacaciones, discapacidad, etc.) mientras usted no estaba trabajando debido al crimen. Si cumple con los requisitos, solo podrá recibir un reembolso cuando no fue a trabajar y no le pagaron, o si sus salarios solo se cubrieron parcialmente.

¿Tenía la víctima o el testigo un empleo remunerado en el momento del crimen? Sí No

Si responde Sí, proporcione la(s) fecha(s) en que la víctima o el testigo no trabajó debido al crimen:

Marque si ha solicitado/presentado una reclamación para: Restitución Compensación laboral
 Demanda/litigio civil Donaciones (p. ej., privadas, fondo conmemorativo, Go Fund Me, etc.).

Si los beneficios son adjudicados, indique si desea recibir un depósito directo (pago ACH) o un cheque Depósito directo (pago ACH)* Cheque

*Tenga en cuenta: El primer pago se hará mediante cheque porque se necesita más información adicional para configurar el depósito directo/ACH.

SECCIÓN 5. AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR DOCUMENTOS E INFORMACIÓN MÉDICA

Algunos reembolsos médicos y de consejería pueden requerir un formulario de divulgación médica. Aunque no es un requisito, si presenta un formulario de divulgación médica con su paquete de la solicitud puede agilizar la tramitación posterior, si es necesario.

Marque la casilla correspondiente:

Con esta solicitud, estoy presentando el formulario de autorización para divulgar documentos e información médica junto con las facturas médicas o de consejería.
 Prefiero llenar el formulario de autorización para divulgar documentos e información médica más adelante, si es necesario.

SECCIÓN 6. INFORMACIÓN DEL SEGURO

Envíenos la información de su seguro, incluido Medicaid/Medicare.

¿Tiene seguro, incluido Medicaid/Medicare? Sí No Si responde Sí, nombre de la compañía de seguro:

| | | | |
|--|--|---|---|
| SECCIÓN 7. INFORMACIÓN DEL CRIMEN | | Es opcional llenar la siguiente sección si incluye un informe de la policía o informe del incidente en su solicitud. Aceptaremos un informe de una agencia del orden público, servicios de protección infantil/de adultos, el sistema escolar, los tribunales, las autoridades médicas o cualquier otra agencia oficial de investigación o gubernamental. | |
| Condado donde ocurrió el crimen | | Fecha del crimen (mes, día, año) / / | Fecha en que se reportó el crimen (mes, día, año) / / |
| Agencia a la cual se le informó el crimen | | Número de caso de agencia del orden público (si se conoce) | |
| SECCIÓN 8. JUSTIFICACIÓN | | Envíenos información sobre cuándo fue informado el crimen a las autoridades correspondientes y cuándo usted presentó la solicitud. | |
| ¿Fue reportado el crimen a las autoridades correspondientes dentro de las 72 horas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde No, para evitar el retraso de su solicitud, explique por qué no: | | | |
| ¿Se está presentando la solicitud en el plazo de un año desde la fecha del crimen (o 3 años por crímenes que ocurrieron el 1 de julio de 2014 o después de esa fecha)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde No, para evitar el retraso de su solicitud, explique por qué no: | | | |
| SECCIÓN 9. INFORMACIÓN DEL REMITENTE | | Díganos quién le remitió o ayudó a presentar una solicitud al Programa de Compensación a Víctimas de Crimen | |
| Nombre de la agencia u oficina que remite | | Nombre de la persona de contacto de la agencia u oficina que remite | Número de teléfono de la agencia |
| Marque la opción que corresponda: <input type="checkbox"/> La agencia que remite me ayudó a llenar o enviar la solicitud y documentos requeridos. <input type="checkbox"/> La agencia que remite solo me habló sobre Programa o me entregó materiales. | | | |
| SECCIÓN 10. DIVULGACIÓN A LA OFICINA DEL FISCAL DE DISTRITO | | Lea esta sección detenidamente y déjenos saber si usted da su consentimiento para permitir a la Oficina del Fiscal de Distrito con jurisdicción sobre el crimen por el que solicita el acceso a ver su reclamación. Nota: Esta autorización puede revocarse en cualquier momento. | |
| Autorizo a que se divulgue la información relacionada con esta solicitud a la Oficina del Fiscal de Distrito, o cualquier representante de dicha oficina, con jurisdicción sobre el crimen en que se basa esta solicitud. Mi firma permite que la Oficina del Fiscal de Distrito vea mi reclamación y ayude a obtener la información necesaria. 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 Fiscal de Distrito ya haya actuado a partir de esta autorización. Entiendo que esta autorización es voluntaria y no afectará mi derecho a recibir beneficios o el pago de estos. | | | |
| Autorizo <input checked="" type="checkbox"/> No autorizo <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| SECCIÓN 11. RECONOCIMIENTO DE ACUERDO DE SUBROGACIÓN | | Lea esta sección detenidamente. La persona que va a firmar esta solicitud, ya sea como víctima, testigo o el reclamante, 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 crimen. También reconozco que si recupero cualquier cantidad de dinero mediante una sentencia judicial, acuerdo de liquidación, restitución, actividades de recaudación de fondos a través de Internet (p. ej., Go Fund Me, grupos religiosos, fondos conmemorativos, etc.), etc., como resultado de este crimen, conforme al acuerdo de recuperación, yo podría ser responsable de pagar todas, o parte, de las cantidades adjudicadas a mi persona, o en mi nombre, por el Programa de Compensación a Víctimas de Crimen de Georgia. Por consiguiente, por este medio acepto que, en consideración a recibir dinero del Programa de Compensación a Víctimas de Crimen de Georgia, cedo, transfiero y subrogo todas las reclamaciones, intereses y derechos de acción que pudiera tener contra otras partes o autoridades hasta el equivalente de la cantidad otorgada por el Programa. | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | | Firma de Víctima/Testigo/Reclamante (Se requiere la firma original) | |
| | | Fecha | |
| SECCIÓN 12. RECONOCIMIENTO DE ANTECEDENTES PENALES | | Lea esta sección detenidamente. La persona que va a firmar esta solicitud, ya sea como víctima, testigo o el reclamante, debe tener al menos 18 años de edad. | |
| Debe realizarse un informe de antecedentes penales para todas las víctimas, testigos y reclamantes de 18 años de edad y mayores. Es posible que no califique para el programa si estaba en libertad condicional o provisional debido a un crimen grave que implique una lesión física a otra persona cuando ocurrió el crimen por el que está presentando esta solicitud. Por este medio autorizo y entiendo que se analizará un informe de antecedentes penales para determinar si califico para el Programa de Compensación a Víctimas de Crimen de Georgia. | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | | Firma de Víctima/Testigo/Reclamante (Se requiere la firma original) | |
| | | Fecha | |
| SECCIÓN 13. ACEPTACIÓN DE ENTENDIMIENTO | | Lea esta sección detenidamente. La persona que va a firmar esta solicitud, ya sea como víctima, testigo o el reclamante, debe tener al menos 18 años de edad. | |
| Por este medio acepto que el Programa de Compensación a Víctimas de Crimen de Georgia solo podrá adjudicar una compensación si cumpla con todos los requisitos del programa. También acepto que el Programa de Compensación a Víctimas de Crimen de Georgia es el pagador de última instancia. Como tal, mis beneficios se reducirán por cualquier cantidad de dinero que reciba de cualquier otra fuente como resultado del crimen, incluyendo seguros, restitución, actividades de recaudación de fondos a través de Internet y acuerdos de liquidación de demandas civiles. | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | | Firma de Víctima/Testigo/Reclamante (Se requiere la firma original) | |
| | | Fecha | |