

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Complételo y sométalo o remítalo a:

Delaware Victims' Compensation Assistance Program
240 North James Street, Suite 203
Wilmington, DE 19804-3171

<http://www.attorneygeneral.delaware.gov/VCAP>

Por favor comuníquese con DE VCAP si usted necesita ayuda en completar este formulario (teléfono) 302-995-8383 (fax) 302-995-8387

1 year waiver	yes	no
72 hour waiver	yes	no
DATE	CHAIR	

SECCIÓN 1. SECCIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA

Nombre de la persona lesionada o que murió como resultado al crimen violento. Si hay más de una víctima, complete un reclamo por separado por cada una de las víctimas.

Nombre de la víctima (primer apellido, nombre, inicial del segundo apellido)		Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Número de Seguro Social		
Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Raza (opcional) <input type="checkbox"/> Asiático/Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Otro _____	¿Está la víctima muerta? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Dirección (incluya el # del apartamento)		Ciudad	Estado	Código Postal	
Teléfono de casa ()	Teléfono del trabajo ()	Teléfono del celular ()	Dirección del Correo Electrónico		
¿Quién lo dirigió al programa de compensación? Persona de contacto _____					
<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Agencia de Policía	<input type="checkbox"/> Fiscal o Procurador	<input type="checkbox"/> Servicios a la víctima de la		
<input type="checkbox"/> Servicios a la víctima del DOJ	<input type="checkbox"/> Un Póster/Folleto/Anuncio	<input type="checkbox"/> Anuncio de Servicios Públicos	<input type="checkbox"/> Otro _____		

SECCIÓN 2. INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE

Nombre de la persona que solicita a favor de una víctima muerta, de una víctima menor de edad, o una víctima adulta incapacitada.

Nombre del demandante (primer apellido, nombre, inicial del segundo apellido)		Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Número de Seguro Social		
Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Relación con la víctima <input type="checkbox"/> Padre o madre <input type="checkbox"/> Esposo(a)/Pareja <input type="checkbox"/> Ex-esposo(a)/Ex-pareja <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro _____				
Dirección (incluya el # del apartamento)		Ciudad	Estado	Código Postal	
Teléfono de casa ()	Teléfono del trabajo ()	Teléfono del celular ()	Dirección del Correo Electrónico		

SECCIÓN 3. INFORMACIÓN DEL CRIMEN

Fecha del crimen	Fecha reportado a la Policía	Nombre del Sospechoso	
Relación del sospechoso a la víctima: _____			
Nombre del Departamento de Policía que está investigando el crimen	Número de la Denuncia Policial	Nombre del Oficial Investigador	
Lugar del crimen (dirección)	Ciudad	Estado	Código Postal
Tipo de Crimen (por favor marque uno)			
<input type="checkbox"/> Agresión	<input type="checkbox"/> DWI/DUI	<input type="checkbox"/> Homicidio/Asesinato	<input type="checkbox"/> Abuso Sexual a un menor de edad
<input type="checkbox"/> Abuso Físico a un menor de edad	<input type="checkbox"/> Acechar	<input type="checkbox"/> Secuestro	<input type="checkbox"/> Incendio Provocado
<input type="checkbox"/> Abuso Doméstico	<input type="checkbox"/> Abuso Sexual de un adulto	<input type="checkbox"/> Robo	<input type="checkbox"/> Allanamiento de Morada
<input type="checkbox"/> Protección en contra de abuso/ Orden de emergencia	<input type="checkbox"/> Otro (Por favor especificar) _____		

RECONOCIMIENTO Y ACUERDOS DE REEMBOLSOS

Este Reconocimiento, Reembolso y Acuerdos de Autorización deben de ser firmados antes de que el proceso de verificación del reclamo empiece.

Solicitud de Verificación

Sujeto a la multa o encarcelamiento, la información contenida en esta solicitud para una indemnización de Víctimas de Indemnización o Compensación de un Crimen es correcta y verdadera a mi leal saber.

Consentimiento

Estoy de acuerdo que cualquier indemnización(es) podrá ser pagada directamente, a la discreción del Programa de Asistencia de Compensación de Víctimas de Delaware, a la(s) persona(s) a las que se le(s) deben pago.

Acuerdo de Subrogación

Estoy de acuerdo de que NO HE FIRMADO Y NO FIRMARÉ ninguna cesión o participaré en ningún acuerdo o compromiso con ninguna persona que pueda ser responsable conmigo por daños como resultado del acto criminal al cual estoy haciendo esta reclamación. En consideración a cualquier indemnización hecha por la AGENCIA, estoy de acuerdo a subrogar a la AGENCIA de cualquier derecho o motivo de acción a la magnitud de la indemnización que podrá tener en contra de una tercera parte. Yo autorizo a la AGENCIA a seguir en mi nombre, con los gastos pagados por la AGENCIA, el recuperar de cualquier tercera parte cualquier suma pagada a mí del FONDO DE COMPENSACIÓN DE VÍCTIMAS. En cualquier demanda que es traída por la AGENCIA, estoy de acuerdo a cooperar completamente y asistir de cualquier manera, incluyendo el ejecutar y devolver los papeles requeridos.

Devolución o Reembolso

Si más tarde yo recupero cualquier dinero por medio de una acción judicial, restitución o de alguna otra manera, yo estoy de acuerdo de rembolsar o devolver inmediatamente la indemnización(es) a la JUNTA.

Causa o Litigio Civil

¿Habrà una Causa o Litigio Civil en relación a este crimen? Si No Desconocido

Si responde si, escriba el nombre y dirección del Abogado: _____

Apelación

Yo entiendo que si estoy insatisfecho con la decisión INICIAL del Programa de Asistencia de Compensación de Víctimas, yo puedo someter una solicitud por escrito para ser considerado de nuevo, en menos de quince (15) días de la fecha en que la decisión fue mandada por correo. Si el demandante está insatisfecho con la decisión final de la Agencia, el demandante, podrá, en menos de quince (15) después de que la decisión fue mandada por correo, pedir una audiencia ante la Junta de Apelaciones. Si no estoy satisfecho con la decisión final de la Junta de Apelaciones, entiendo que podré apelar la decisión al Tribunal Superior de Estado de Delaware en menos de treinta (30) de la decisión final.

Reconocimiento y Acuerdos de Reembolso

Mi firma abajo manifiesta que yo entiendo cada una de las siguientes declaraciones o puntos de la ley: La decisión de aprobar mi reclamo es del Programa. Puedo oponerme a toda o parte de la decisión del Programa por escrito en menos de quince (15) días de la fecha de cuando la decisión fue mandada por correo. Yo debo probar el monto exacto de las pérdidas antes de que el Programa considere el otorgar la compensación del Fondo de Compensación de Víctimas de un Crimen. Puedo presentar un reembolso por gastos adicionales incurridos relacionados al crimen. Mi reclamo puede que sea negado si no coopero completamente con las agencias de la fuerza pública, los tribunales y el Programa o si no mantengo al día una dirección válida con el Programa. Si yo hiciera un reclamo falso, sería un delito penal castigado como un delito menor. Si hiciera una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al Programa, sería un delito penal castigado como un delito menor. Yo entiendo que le Programa de Asistencia de Compensación de Víctimas de Delaware es el pagador de último recurso. Yo especialmente estoy de acuerdo de informarle al Programa de y rembolsar a VCAP de Delaware cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otro lado de que no haya todavía sido considerado, como resultado del crimen y a la magnitud de la indemnización. Eso es, yo estoy de acuerdo a devolver cualquier fondo que reciba del delincuente, de cualquier otra persona o cualquier otro lado, el cual me compense por la lesión que he sufrido. También estoy de acuerdo, de que si el reclamo en algún momento se determina haber sido un error, falso o fraudulento, yo devolveré al Programa todas las sumas de dinero pagados por el Programa.

X _____
Firma del Demandante

Fecha

X _____
Firma del Testigo que Verifica

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN

Yo por medio de esta autorizo de acuerdo con las normas o reglas de privacidad bajo HIPPA (El decreto o ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro de Salud, 42 USC§§1320d et seq.) cualquier hospital, médico, proveedor de cuidado de salud u otra persona el cual ha atendido o examinado a (Nombre de la Víctima) _____, cualquier director de una funeraria u otra persona el cual haya dado servicios relacionados a este, cualquier patrón de la víctima o demandante; cualquier agencia de policía o gubernamental, incluyendo autoridades de impuestos del estado o federales; cualquier compañía de seguros; o cualquier organización que tenga un conocimiento relevante, para dar al Programa de Asistencia de Compensación de Víctimas, cualquier y toda información en su posesión con respecto al incidente que son las bases para esta reclamación. Copias de esta autorización pueden ser usadas en lugar de la original.

X _____
Firma del Demandante

Fecha

X _____
Firma de la Víctima (si es mayor de 18 años)

Fecha