

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Adams County

| | |
|--|--------------|
| Víctimas de Violencia Doméstica | |
| SAFE Home/YWCA of Hanover | 717-637-2125 |
| Víctimas de Agresión Sexual | |
| Pennsylvania Coalition Against Rape | 800-692-7445 |
| Víctimas de Maltrato Infantil | |
| Adams County Children's Advocacy Center | 717-334-9888 |
| Adams County Victim Witness Assistance Program | 717-337-9844 |
| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
| Adams County Victim Witness Assistance Program | 717-337-9844 |
| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
| Adams County Victim Witness Assistance Program | 717-337-9844 |
| Víctimas de Tráfico Humano | |
| Adams County Victim Witness Assistance Program | 717-337-9844 |
| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
| Adams County Victim Witness Assistance Program | 717-337-9844 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Allegheny County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|--|------------------------|
| Alle-Kiski Area HOPE Center | 724-224-1100 |
| Center for Victims | 866-644-2882 (24-Hour) |
| Crisis Center North, Inc. | 412-364-6728 |
| Women's Center and Shelter of Greater Pittsburgh | 412-687-8017 |

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|--------------------------------|------------------------|
| Pittsburgh Action Against Rape | 412-431-5665 |
| Center for Victims | 866-644-2882 (24-Hour) |

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|--------------------|------------------------|
| A Child's Place PA | 412-771-6462 |
| CAC at UPMC CHP | 412-692-8747 |
| Center for Victims | 866-644-2882 (24-hour) |

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|---|------------------------|
| Allegheny County Chief Executive Officer (Collaboration with County Agency on Aging) | 412-350-4234 |
| Center for Victims | 866-644-2882 (24-hour) |

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|--------------------|------------------------|
| Center for Victims | 866-644-2882 (24-Hour) |
|--------------------|------------------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|--------------------------------|------------------------|
| Center for Victims | 866-644-2882 (24-Hour) |
| Pittsburgh Action Against Rape | 412-431-5665 |

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|--------------------|------------------------|
| Center for Victims | 866-644-2882 (24-Hour) |
|--------------------|------------------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.ova.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Armstrong County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|---------------------------------|--------------|
| Helping All Victims In Need Inc | 724-543-1180 |
|---------------------------------|--------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|---------------------------------|--------------|
| Helping All Victims In Need Inc | 724-543-1180 |
|---------------------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|---------------------------------|--------------|
| Helping All Victims In Need Inc | 724-543-1180 |
| Kays Cottage | 724-548-8888 |

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|---------------------------------|--------------|
| Helping All Victims In Need Inc | 724-543-1180 |
|---------------------------------|--------------|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|----------------------------------|--------------|
| Armstrong County Victim Services | 724-548-3486 |
|----------------------------------|--------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|----------------------------------|--------------|
| Armstrong County Victim Services | 724-548-3486 |
|----------------------------------|--------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|----------------------------------|--------------|
| Armstrong County Victim Services | 724-548-3486 |
|----------------------------------|--------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.ova.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Beaver County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|---------------------------------|--------------|
| Women's Center of Beaver County | 724-775-2032 |
|---------------------------------|--------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|---------------------------------|--------------|
| Women's Center of Beaver County | 724-775-2032 |
|---------------------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|--------------------|--------------|
| A Child's Place PA | 412-771-6462 |
|--------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|---|--------------|
| Beaver County Victim Witness Assistance Project | 724-773-8570 |
|---|--------------|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|---|--------------|
| Beaver County Victim Witness Assistance Project | 724-773-8570 |
|---|--------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|---|--------------|
| Beaver County Victim Witness Assistance Project | 724-773-8570 |
|---|--------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|---|--------------|
| Beaver County Victim Witness Assistance Project | 724-773-8570 |
|---|--------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Bedford County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|-----------------|--------------|
| Your Safe Haven | 814-623-7664 |
|-----------------|--------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|-----------------|--------------|
| Your Safe Haven | 814-623-7664 |
|-----------------|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|-----------------|--------------|
| Your Safe Haven | 814-623-7664 |
|-----------------|--------------|

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|-----------------|--------------|
| Your Safe Haven | 814-623-7664 |
|-----------------|--------------|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|-----------------|--------------|
| Your Safe Haven | 814-623-7664 |
|-----------------|--------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|-----------------|--------------|
| Your Safe Haven | 814-623-7664 |
|-----------------|--------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|-----------------|--------------|
| Your Safe Haven | 814-623-7664 |
|-----------------|--------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____
Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Berks County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|------------|--------------|
| Safe Berks | 610-373-1206 |
|------------|--------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|------------|--------------|
| Safe Berks | 610-373-1206 |
|------------|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|--|--------------|
| Children's Alliance Center of Berks County | 610-898-0535 |
|--|--------------|

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|---|--------------|
| Berks County Victim/Witness Assistance Unit | 610-478-6000 |
|---|--------------|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|---|--------------|
| Berks County Victim/Witness Assistance Unit | 610-478-6000 |
|---|--------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|---|--------------|
| Berks County Victim/Witness Assistance Unit | 610-478-6000 |
|---|--------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|---|--------------|
| Berks County Victim/Witness Assistance Unit | 610-478-6000 |
|---|--------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.ova.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____
Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Blair County

| | |
|--|--------------|
| Víctimas de Violencia Doméstica | |
| Family Services Incorporated | 814-944-3583 |
| Víctimas de Agresión Sexual | |
| Family Services Incorporated | 814-944-3583 |
| Víctimas de Maltrato Infantil | |
| Center for Child Justice - Blair County CAC | 814-201-2057 |
| Family Services Incorporated | 814-944-3583 |
| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
| Family Services Incorporated | 814-944-3583 |
| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
| Blair County Victim/Witness Program | 814-693-3010 |
| Víctimas de Tráfico Humano | |
| Family Services Incorporated | 814-944-3583 |
| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
| Blair County Victim/Witness Program | 814-693-3010 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Bradford County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|------------------------------|--------------|
| Abuse and Rape Crisis Center | 570-265-5333 |
|------------------------------|--------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|------------------------------|--------------|
| Abuse and Rape Crisis Center | 570-265-5333 |
|------------------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|----------------------|--------------|
| The Children's House | 570-265-4132 |
|----------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|------------------------------|--------------|
| Abuse and Rape Crisis Center | 570-265-5333 |
|------------------------------|--------------|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|---------------------------------|--------------|
| Bradford County Victim Services | 570-265-1759 |
|---------------------------------|--------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|------------------------------|--------------|
| Abuse and Rape Crisis Center | 570-265-5333 |
|------------------------------|--------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|---------------------------------|--------------|
| Bradford County Victim Services | 570-265-1759 |
|---------------------------------|--------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.ova.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Bucks County

| Víctimas de Violencia Doméstica | |
|--|---|
| A Woman's Place | 800-220-8116 (24-hour Hotline) |
| Víctimas de Agresión Sexual | |
| NOVA | 215-343-6543 |
| Víctimas de Maltrato Infantil | |
| Bucks County Children's Advocacy Center | 215-343-6543 |
| NOVA | 215-343-6543 |
| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
| SeniorLAW Center | 215-988-1244 |
| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
| NOVA | 215-343-6543 |
| Víctimas de Tráfico Humano | |
| Bucks County Victim/Witness Assistance Unit | 215-348-6292, 215-348-6305, or 215-348-6303 |
| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
| Bucks County Victim/Witness Assistance Unit | 215-348-6292, 215-348-6305, or 215-348-6303 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____
Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Butler County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|-------------------------------------|--------------|
| Victim Outreach Intervention Center | 724-283-8700 |
|-------------------------------------|--------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|-------------------------------------|--------------|
| Victim Outreach Intervention Center | 724-283-8700 |
|-------------------------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|-------------------------------------|--------------|
| Butler County Alliance for Children | 724-431-3689 |
|-------------------------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|-------------------------------------|--------------|
| Victim Outreach Intervention Center | 724-283-8700 |
|-------------------------------------|--------------|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|---|----------------------------|
| Butler County District Attorney's Victim Services | 724-284-5232, 724-284-5465 |
|---|----------------------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|-------------------------------------|--------------|
| Victim Outreach Intervention Center | 724-283-8700 |
|-------------------------------------|--------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|---|----------------------------|
| Butler County District Attorney's Victim Services | 724-284-5232, 724-284-5465 |
|---|----------------------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.ova.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Cambria County

| Víctimas de Violencia Doméstica | |
|--|--------------|
| Victim Services, Inc | 814-288-4961 |
| Víctimas de Agresión Sexual | |
| Victim Services, Inc | 814-288-4961 |
| Víctimas de Maltrato Infantil | |
| Cambria County Child Advocacy Center (Circle of Support) | 814-254-4567 |
| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
| Cambria County Victim Services Unit | 814-472-1680 |
| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
| Victim Services, Inc | 814-288-4961 |
| Víctimas de Tráfico Humano | |
| Victim Services, Inc | 814-288-4961 |
| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
| Victim Services, Inc | 814-472-1456 |
| Victims of Juvenile Offenders Victim Assistance Program | 814-472-4700 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.ova.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Cameron County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|-------------|--------------|
| CAPSEA, Inc | 814-486-1227 |
|-------------|--------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|-------------|--------------|
| CAPSEA, Inc | 814-486-1227 |
|-------------|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|-------------|--------------|
| CAPSEA, Inc | 814-486-1227 |
|-------------|--------------|

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|-------------|--------------|
| CAPSEA, Inc | 814-486-1227 |
|-------------|--------------|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|-------------|--------------|
| CAPSEA, Inc | 814-486-1227 |
|-------------|--------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|-------------|--------------|
| CAPSEA, Inc | 814-486-1227 |
|-------------|--------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|--------------------------------|--------------|
| Cameron County Victim Services | 814-486-9301 |
|--------------------------------|--------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.ova.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____
Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Carbon County

| | |
|--|--------------|
| Víctimas de Violencia Doméstica | |
| Domestic Violence Service Center | 570-823-7312 |
| Víctimas de Agresión Sexual | |
| Victims Resource Center | 610-379-0151 |
| Víctimas de Maltrato Infantil | |
| Victims Resource Center | 610-379-0151 |
| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
| Victims Resource Center | 610-379-0151 |
| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
| Victims Resource Center | 610-379-0151 |
| Víctimas de Tráfico Humano | |
| Victims Resource Center | 610-379-0151 |
| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
| Carbon County Victim/Witness Services | 570-325-2718 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____
Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Centre County

| Víctimas de Violencia Doméstica | |
|--|--------------|
| Centre Safe | 814-238-7066 |
| Víctimas de Agresión Sexual | |
| Centre Safe | 814-238-7066 |
| Víctimas de Maltrato Infantil | |
| Centre County Victim Witness Office | 814-548-1107 |
| Children's Advocacy Center of Centre County | 814-234-6118 |
| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
| Centre County Victim Witness Office | 814-548-1107 |
| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
| Centre County Victim Witness Office | 814-548-1107 |
| Víctimas de Tráfico Humano | |
| Centre County Victim Witness Office | 814-548-1107 |
| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
| Centre County Victim Witness Office | 814-548-1107 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.ova.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Chester County

| Víctimas de Violencia Doméstica | |
|--|--------------|
| Domestic Violence Center of Chester County | 610-431-3546 |
| Víctimas de Agresión Sexual | |
| Crime Victims' Center of Chester County | 610-692-7420 |
| Víctimas de Maltrato Infantil | |
| Chester County Child Advocacy Center | 610-344-4625 |
| Crime Victims' Center of Chester County | 610-692-7420 |
| CASA Youth Advocates | 610-565-2208 |
| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
| SeniorLAW Center | 215-988-1244 |
| Crime Victims' Center of Chester County | 610-692-7420 |
| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
| Crime Victims' Center of Chester County | 610-692-7420 |
| Víctimas de Tráfico Humano | |
| Crime Victims' Center of Chester County | 610-692-7420 |
| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
| Crime Victims' Center of Chester County | 610-692-7420 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Clarion County

| | |
|--|--------------|
| Víctimas de Violencia Doméstica | |
| SAFE, Inc. | 814-226-8481 |
| Víctimas de Agresión Sexual | |
| PASSAGES, Inc. | 814-226-7273 |
| Víctimas de Maltrato Infantil | |
| PASSAGES, Inc. | 814-226-7273 |
| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
| PASSAGES, Inc. | 814-226-7273 |
| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
| Clarion County Victim Witness Program | 814-226-4423 |
| Víctimas de Tráfico Humano | |
| PASSAGES, Inc. | 814-226-7273 |
| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
| Clarion County Victim Witness Program | 814-226-4423 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.ova.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____
Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Clearfield County

| Víctimas de Violencia Doméstica | |
|--|------------------------|
| Community Action, Inc. | 814-768-7200 |
| Víctimas de Agresión Sexual | |
| PASSAGES, Inc. | 814-371-9677 |
| Víctimas de Maltrato Infantil | |
| Child Advocacy Center of Clearfield County | 814-768-3155 |
| PASSAGES, Inc. | 814-371-9677 |
| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
| PASSAGES, Inc. | 814-371-9677 |
| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
| Clearfield County Victim/Witness Office | 814-765-2641 ext. 2017 |
| Víctimas de Tráfico Humano | |
| PASSAGES, Inc. | 814-371-9677 |
| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
| Clearfield County Victim/Witness Office | 814-765-2641 ext. 2017 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.ova.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____
Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Clinton County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|--|--------------|
| Clinton County Women's Center - Roads to Peace | 570-748-9509 |
|--|--------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|--|--------------|
| Clinton County Women's Center - Roads to Peace | 570-748-9509 |
|--|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|--------------------------------|------------------------------|
| Clinton County Victim Services | 570-893-8353 or 570-893-4141 |
|--------------------------------|------------------------------|

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|--|--------------|
| Clinton County Women's Center - Roads to Peace | 570-748-9509 |
|--|--------------|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|--------------------------------|------------------------------|
| Clinton County Victim Services | 570-893-8353 or 570-893-4141 |
|--------------------------------|------------------------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|--------------------------------|------------------------------|
| Clinton County Victim Services | 570-893-8353 or 570-893-4141 |
|--------------------------------|------------------------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|--------------------------------|------------------------------|
| Clinton County Victim Services | 570-893-8353 or 570-893-4141 |
|--------------------------------|------------------------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Columbia County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|--------------------|--------------|
| The Women's Center | 570-784-6632 |
|--------------------|--------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|--------------------|--------------|
| The Women's Center | 570-784-6632 |
|--------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|--|--------------|
| CAC of Central Susquehanna Valley (Geisinger Clinic) | 570-473-8516 |
|--|--------------|

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|--|--------------|
| Columbia County Victim Witness Program | 570-389-5658 |
| The Women's Center | 570-784-6632 |

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|--|--------------|
| Columbia County Victim Witness Program | 570-389-5658 |
| The Women's Center | 570-784-6632 |

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|--|--------------|
| Columbia County Victim Witness Program | 570-389-5658 |
|--|--------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|--|--------------|
| Columbia County Victim Witness Program | 570-389-5658 |
|--|--------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.ova.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) – 866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____
Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Crawford County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|------------------------|--------------|
| Women's Services, Inc. | 814-724-4637 |
|------------------------|--------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|------------------------|--------------|
| Women's Services, Inc. | 814-724-4637 |
|------------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|--|------------------------|
| Children's Interview Center of Crawford County | 814-333-7300, ext 3744 |
| Crawford County Victim/Witness Program | 814-333-7455 |

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|--|--------------|
| Crawford County Victim/Witness Program | 814-333-7455 |
|--|--------------|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|---|--------------|
| Crawford County Juvenile Probation Victim/Witness Support & Services | 814-336-4061 |
|---|--------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|---|--------------|
| Crawford County Juvenile Probation Victim/Witness Support & Services | 814-336-4061 |
|---|--------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|--|--------------|
| Crawford County Victim/Witness Program | 814-333-7455 |
|--|--------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –
866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____
Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Cumberland County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|---|------------------------------|
| Domestic Violence Services of Cumberland and Perry Counties | 717-258-4249 OR 800-852-2102 |
|---|------------------------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|-----------------------------------|--------------|
| YWCA Carlisle & Cumberland County | 888-727-2877 |
|-----------------------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|--------------------------|--------------|
| UPMC Pinnacle Harrisburg | 717-782-6800 |
|--------------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|---|--------------|
| Domestic Violence Services of Cumberland and Perry Counties | 717-258-4806 |
|---|--------------|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|--|--|
| Cumberland County Victim Services Division District Attorney's Office | 717-240-6220 or 1-888-697-0371 (toll free) |
|--|--|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|--|--|
| Cumberland County Victim Services Division District Attorney's Office | 717-240-6220 or 1-888-697-0371 (toll free) |
|--|--|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|--|--|
| Cumberland County Victim Services Division District Attorney's Office | 717-240-6220 or 1-888-697-0371 (toll free) |
|--|--|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.ova.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Dauphin County

| | |
|--|----------------------------|
| Víctimas de Violencia Doméstica | |
| YWCA Greater Harrisburg | 800-654-1211 |
| Víctimas de Agresión Sexual | |
| YWCA Greater Harrisburg | 800-654-1211 |
| Víctimas de Maltrato Infantil | |
| UPMC Pinnacle Harrisburg | 717-782-6800 |
| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
| Dauphin County Victim/Witness Assistance Program | 1-888-292-9611 (toll free) |
| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
| Dauphin County Victim/Witness Assistance Program | 1-888-292-9611 (toll free) |
| Víctimas de Tráfico Humano | |
| YWCA Greater Harrisburg | 800-654-1211 |
| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
| Dauphin County Victim/Witness Assistance Program | 1-888-292-9611 (toll free) |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Delaware County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|---|--------------------------------|
| Domestic Abuse Project of Delaware County | 610-565-6272 (24-hour hotline) |
|---|--------------------------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|--|--------------------------------|
| Delaware County Victim Assistance Center | 610-566-4342 (24-hour Hotline) |
|--|--------------------------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|---|--|
| Delaware County Victim Assistance Center Family Support Line CASA Youth Advocates | 610-566-4342 (24-hour Hotline) 610-268-9145 610-565-2208 |
|---|--|

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|--|--|
| SeniorLAW Center Delaware County Victim Assistance Center County Office Services for Aging | 215-988-1244 610-566-4342 (24-hour Hotline) 610-490-1300 |
|--|--|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|--|--------------------------------|
| Delaware County Victim Assistance Center | 610-566-4342 (24-hour Hotline) |
|--|--------------------------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|---|--|
| Delaware County Victim Assistance Center Family Support Line | 610-566-4342 (24-hour Hotline) 610-268-9145 |
|---|--|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|--|--------------|
| Delaware County Victim Services | 610-891-4227 |
| Delaware County Juvenile Court Victim Services | 610-891-4721 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.ova.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____
Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante _____

Fecha _____

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante _____

Fecha _____

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Elk County

| | |
|--|--------------|
| Víctimas de Violencia Doméstica | |
| CAPSEA, Inc | 814-772-3838 |
| Víctimas de Agresión Sexual | |
| CAPSEA, Inc | 814-772-3838 |
| Víctimas de Maltrato Infantil | |
| CAPSEA, Inc | 814-772-3838 |
| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
| CAPSEA, Inc | 814-772-3838 |
| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
| CAPSEA, Inc | 814-772-3838 |
| Víctimas de Tráfico Humano | |
| CAPSEA, Inc | 814-772-3838 |
| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
| CAPSEA, Inc | 814-772-3838 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____
Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Erie County

| Víctimas de Violencia Doméstica | |
|--|--------------------------------|
| Safe Journey | 814-438-2675 |
| SafeNet: Domestic Violence Safety Network | 814-455-1774 |
| Víctimas de Agresión Sexual | |
| Crime Victim Center of Erie County, Inc. | 814-455-9414 or 1-800-352-7273 |
| Víctimas de Maltrato Infantil | |
| Children's Advocacy Center of Erie County, Inc | 814-451-0202 |
| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
| Crime Victim Center of Erie County, Inc. | 814-455-9414 or 1-800-352-7273 |
| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
| Crime Victim Center of Erie County, Inc. | 814-455-9414 or 1-800-352-7273 |
| Víctimas de Tráfico Humano | |
| Crime Victim Center of Erie County, Inc. | 814-455-9414 or 1-800-352-7273 |
| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
| Crime Victim Center of Erie County, Inc. | 814-455-9414 or 1-800-352-7273 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.ova.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Fayette County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|---|--------------|
| Domestic Violence Services of Southwestern PA | 724-439-9500 |
|---|--------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|---|--------------|
| Community Resources of Fayette County, Inc. | 724-438-1470 |
|---|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|--------------------|--------------|
| A Child's Place PA | 412-771-6462 |
|--------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|--------------------------------|--------------|
| Southwestern PA Legal Services | 724-439-3591 |
|--------------------------------|--------------|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|---|--------------|
| Crime Victims' Center of Fayette County | 724-438-1470 |
|---|--------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|--------------------------------|--------------|
| Southwestern PA Legal Services | 724-439-3591 |
|--------------------------------|--------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|--------------------------------|--------------|
| Fayette County Victim Services | 724-430-1269 |
|--------------------------------|--------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____
Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Forest County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|----------------|--------------|
| The Safe Place | 800-338-3460 |
|----------------|--------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|----------------|--------------|
| The Safe Place | 800-338-3460 |
|----------------|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|---|--------------|
| The Safe Place | 800-338-3460 |
| Over the Rainbow Children's Advocacy Center | 717-504-8491 |

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|----------------|--------------|
| The Safe Place | 800-338-3460 |
|----------------|--------------|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|----------------|--------------|
| The Safe Place | 800-338-3460 |
|----------------|--------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|----------------|--------------|
| The Safe Place | 800-338-3460 |
|----------------|--------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|--|--------------|
| Crime Victims Program of Forest County | 814-755-3300 |
|--|--------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Franklin County

| | |
|--|--------------|
| Víctimas de Violencia Doméstica | |
| WIN - Victim Services | 717-264-3056 |
| Víctimas de Agresión Sexual | |
| WIN - Victim Services | 717-264-3056 |
| Víctimas de Maltrato Infantil | |
| WIN - Victim Services | 717-264-3056 |
| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
| WIN - Victim Services | 717-264-3056 |
| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
| WIN - Victim Services | 717-264-3056 |
| Víctimas de Tráfico Humano | |
| WIN - Victim Services | 717-264-3056 |
| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
| WIN - Victim Services | 717-264-3056 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Fulton County

| | |
|--|--------------|
| Víctimas de Violencia Doméstica | |
| WIN - Victim Services | 717-264-3056 |
| Víctimas de Agresión Sexual | |
| WIN - Victim Services | 717-264-3056 |
| Víctimas de Maltrato Infantil | |
| Fulton County Victim Services | 717-485-5419 |
| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
| Fulton County Victim Services | 717-485-5419 |
| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
| Fulton County Victim Services | 717-485-5419 |
| Víctimas de Tráfico Humano | |
| Fulton County Victim Services | 717-485-5419 |
| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
| Fulton County Victim Services | 717-485-5419 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Greene County

| | |
|--|------------------------------|
| Víctimas de Violencia Doméstica | |
| Domestic Violence Services of Southwestern PA | 724-852-2463 |
| Víctimas de Agresión Sexual | |
| SPHS CARE Center STTARS Program | 724-627-6108 |
| Víctimas de Maltrato Infantil | |
| Greene County Victim/Witness Services | 724-852-5366 or 724-852-5272 |
| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
| Southwestern PA Legal Services | 724-627-3127 |
| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
| Greene County Victim/Witness Services | 724-852-5366 or 724-852-5272 |
| Víctimas de Tráfico Humano | |
| Greene County Victim/Witness Services | 724-852-5366 or 724-852-5272 |
| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
| Greene County Victim/Witness Services | 724-852-5366 or 724-852-5272 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____
Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Huntingdon County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|------------------|--------------|
| Huntingdon House | 814-643-1190 |
|------------------|--------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|-------------------|--------------|
| The Abuse Network | 814-506-8237 |
|-------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|-------------------|--------------|
| The Abuse Network | 814-506-8237 |
|-------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|-------------------|--------------|
| The Abuse Network | 814-506-8237 |
|-------------------|--------------|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|--------------------------------------|--------------|
| Huntingdon County Victims Assistance | 814-643-5371 |
|--------------------------------------|--------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|-------------------|--------------|
| The Abuse Network | 814-506-8237 |
|-------------------|--------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|--------------------------------------|--------------|
| Huntingdon County Victims Assistance | 814-643-5371 |
|--------------------------------------|--------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Indiana County

| Víctimas de Violencia Doméstica | |
|--|--------------|
| Alice Paul House | 724-349-4444 |
| Víctimas de Agresión Sexual | |
| Alice Paul House | 724-349-4444 |
| Víctimas de Maltrato Infantil | |
| Alice Paul House | 724-349-4444 |
| The CARE Center of Indiana County | 724-463-8595 |
| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
| Alice Paul House | 724-349-4444 |
| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
| Alice Paul House | 724-349-4444 |
| Indiana County Victim Services | 717-465-3840 |
| Víctimas de Tráfico Humano | |
| Indiana County Victim Services | 724-465-3840 |
| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
| Indiana County Victim Services | 724-465-3840 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.ova.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Jefferson County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|------------------------|--|
| Community Action, Inc. | 814-938-3302 or 1-800-648-3381 (toll free) |
|------------------------|--|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|----------------|--------------|
| PASSAGES, Inc. | 814-849-5303 |
|----------------|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|---------------------------|--------------|
| PASSAGES, Inc. | 814-849-5303 |
| Western PA Cares for Kids | 814-849-1904 |

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|----------------|--------------|
| PASSAGES, Inc. | 814-849-5303 |
|----------------|--------------|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|----------------------------------|--------------|
| Jefferson County Victim Services | 814-849-1641 |
|----------------------------------|--------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|----------------|--------------|
| PASSAGES, Inc. | 814-849-5303 |
|----------------|--------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|----------------------------------|--------------|
| Jefferson County Victim Services | 814-849-1641 |
|----------------------------------|--------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Juniata County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|-------------------|--------------|
| The Abuse Network | 717-447-1885 |
|-------------------|--------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|-------------------|--------------|
| The Abuse Network | 717-447-1885 |
|-------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|-------------------|--------------|
| The Abuse Network | 717-447-1885 |
|-------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|-------------------|--------------|
| The Abuse Network | 717-447-1885 |
|-------------------|--------------|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|---------------------------------------|--------------|
| Juniata County Victim Witness Program | 717-436-7727 |
|---------------------------------------|--------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|-------------------|--------------|
| The Abuse Network | 717-447-1885 |
|-------------------|--------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|---------------------------------------|--------------|
| Juniata County Victim Witness Program | 717-436-7727 |
|---------------------------------------|--------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.ova.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante _____

Fecha _____

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante _____

Fecha _____

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Lackawanna County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Women's Resource Center, Inc. | 570-346-4671 |
|-------------------------------|--------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Women's Resource Center, Inc. | 570-346-4671 |
|-------------------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|---|--------------|
| Children's Advocacy Center of Northeastern Pa | 570-969-7313 |
| Women's Resource Center, Inc. | 570-346-4460 |

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Women's Resource Center, Inc. | 570-346-4460 |
|-------------------------------|--------------|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|---------------------------------------|------------------------|
| Lackawanna County Victim/Witness Unit | 570-963-6717 ext. 7425 |
|---------------------------------------|------------------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|---------------------------------------|------------------------|
| Lackawanna County Victim/Witness Unit | 570-963-6717 ext. 7425 |
|---------------------------------------|------------------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|---------------------------------------|------------------------|
| Lackawanna County Victim/Witness Unit | 570-963-6717 ext. 7425 |
|---------------------------------------|------------------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.ova.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Lancaster County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|--|--------------|
| Domestic Violence Services of Lancaster County | 717-299-1249 |
|--|--------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|--|--------------|
| YWCA Sexual Assault Prevention and Counseling Center | 717-393-1735 |
|--|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|---|------------------------------|
| Children's Alliance - Lancaster General Hospital (Child Advocacy Center) | 717-544-1929 717-544-7973 |
| Lancaster County Children's Alliance | |

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|--|--------------|
| Lancaster County Victim/Witness Services | 717-299-8048 |
|--|--------------|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|--|--------------|
| Lancaster County Victim/Witness Services | 717-299-8048 |
|--|--------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|--|--------------|
| Lancaster County Victim/Witness Services | 717-299-8048 |
|--|--------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|--|--------------|
| Lancaster County Victim/Witness Services | 717-299-8048 |
|--|--------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.ova.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –
866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante _____

Fecha _____

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante _____

Fecha _____

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Lawrence County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|-----------------------------------|--------------|
| Crisis Shelter of Lawrence County | 724-652-9206 |
|-----------------------------------|--------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|-----------------------------------|--------------|
| Crisis Shelter of Lawrence County | 724-652-9206 |
|-----------------------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|---|--------------|
| Children's Advocacy Center of Lawrence County | 724-658-4688 |
|---|--------------|

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|-----------------------------------|--------------|
| Crisis Shelter of Lawrence County | 724-652-9206 |
|-----------------------------------|--------------|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|---------------------------------|--------------|
| Lawrence County Victim Services | 724-656-2139 |
|---------------------------------|--------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|-----------------------------------|--------------|
| Crisis Shelter of Lawrence County | 724-652-9206 |
|-----------------------------------|--------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|---------------------------------|--------------|
| Lawrence County Victim Services | 724-656-2139 |
|---------------------------------|--------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Lebanon County

| Víctimas de Violencia Doméstica | |
|--|--------------|
| Domestic Violence Intervention of Lebanon County, Inc. | 717-273-7190 |
| Víctimas de Agresión Sexual | |
| Sexual Assault Resource and Counseling Center (SARCC) | 717-270-6972 |
| Víctimas de Maltrato Infantil | |
| UPMC Pinnacle Harrisburg | 717-675-7086 |
| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
| Lebanon County Victim/Witness Services | 717-228-4403 |
| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
| Lebanon County Victim/Witness Services | 717-228-4403 |
| Víctimas de Tráfico Humano | |
| Lebanon County Victim/Witness Services | 717-228-4403 |
| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
| Lebanon County Victim/Witness Services | 717-228-4403 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Lehigh County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|--------------------------------|--------------|
| Turning Point of Lehigh Valley | 610-437-3369 |
|--------------------------------|--------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|--|--------------|
| Crime Victims Council of the Lehigh Valley | 610-437-6610 |
|--|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|------------------------------------|--------------|
| Valley Youth House Committee, Inc. | 610-820-0166 |
|------------------------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|--|--------------|
| Crime Victims Council of the Lehigh Valley | 610-437-6610 |
|--|--------------|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|--|--------------|
| Crime Victims Council of the Lehigh Valley | 610-437-6610 |
|--|--------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|--|--------------|
| Crime Victims Council of the Lehigh Valley | 610-437-6610 |
|--|--------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|-----------------------------------|--------------|
| Lehigh County Victim/Witness Unit | 610-782-3890 |
|-----------------------------------|--------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Luzerne County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|----------------------------------|--------------|
| Domestic Violence Service Center | 570-823-7312 |
|----------------------------------|--------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|-------------------------|--------------|
| Victims Resource Center | 570-823-0765 |
|-------------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|--------------------------------------|--------------|
| Luzerne County Child Advocacy Center | 570-208-2895 |
|--------------------------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|-------------------------|--------------|
| Victims Resource Center | 570-823-0765 |
|-------------------------|--------------|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|-------------------------|--------------|
| Victims Resource Center | 570-823-0765 |
|-------------------------|--------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|-------------------------|--------------|
| Victims Resource Center | 570-823-0765 |
|-------------------------|--------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|--|--------------|
| Luzerne County Victim/Witness Services | 570-825-1674 |
|--|--------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Lycoming County

| | |
|--|--------------|
| Víctimas de Violencia Doméstica | |
| YWCA - Wise Options | 570-322-4637 |
| Víctimas de Agresión Sexual | |
| YWCA - Wise Options | 570-322-4637 |
| Víctimas de Maltrato Infantil | |
| CAC of Central Susquehanna Valley (Geisinger Clinic) | 570-473-8516 |
| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
| YWCA - Wise Options | 570-322-4637 |
| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
| Lycoming County Victim Services | 570-327-2456 |
| Víctimas de Tráfico Humano | |
| YWCA - Wise Options | 570-322-4637 |
| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
| Lycoming County Victim Services | 570-327-2456 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.ova.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - McKean County

| Víctimas de Violencia Doméstica | |
|--|--------------------------------|
| YWCA Victims' Resource Center | 888-822-6325 (24-hour Hotline) |
| Víctimas de Agresión Sexual | |
| YWCA Victims' Resource Center | 888-822-6325 (24-hour Hotline) |
| Víctimas de Maltrato Infantil | |
| Children's Advocacy Center of McKean County | 814-887-3493 |
| McKean County Victim Services | 814-887-3312 |
| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
| McKean County Victim Services | 814-887-3312 |
| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
| McKean County Victim Services | 814-887-3312 |
| Víctimas de Tráfico Humano | |
| McKean County Victim Services | 814-887-3312 |
| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
| McKean County Victim Services | 814-887-3312 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.ova.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Mercer County

| | |
|--|--------------|
| Víctimas de Violencia Doméstica | |
| AWARE, Inc. | 724-342-4934 |
| Víctimas de Agresión Sexual | |
| AWARE, Inc. | 724-342-4934 |
| Víctimas de Maltrato Infantil | |
| AWARE, Inc. | 724-342-4934 |
| Mercer County Behavioral Health Commission | 724-662-1550 |
| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
| AWARE, Inc. | 724-342-4934 |
| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
| Mercer County Victim Witness Program | 724-662-3800 |
| Víctimas de Tráfico Humano | |
| AWARE, Inc. | 724-342-4934 |
| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
| Mercer County Victim Witness Program | 724-662-3800 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.ova.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____
Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Mifflin County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|-------------------|--------------|
| The Abuse Network | 717-242-0715 |
|-------------------|--------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|-------------------|--------------|
| The Abuse Network | 717-242-0715 |
|-------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|-------------------|--------------|
| The Abuse Network | 717-242-0715 |
|-------------------|--------------|

| | |
|--------------------------------------|--------------|
| Mifflin County Crime Victim Services | 717-242-3372 |
|--------------------------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|-------------------|--------------|
| The Abuse Network | 717-242-0715 |
|-------------------|--------------|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|--------------------------------------|--------------|
| Mifflin County Crime Victim Services | 717-242-3372 |
|--------------------------------------|--------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|-------------------|--------------|
| The Abuse Network | 717-242-0715 |
|-------------------|--------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|--------------------------------------|--------------|
| Mifflin County Crime Victim Services | 717-242-3372 |
|--------------------------------------|--------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Monroe County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|--|--------------|
| Women's Resources of Monroe County, Inc. | 570-424-2093 |
|--|--------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|--|--------------|
| Women's Resources of Monroe County, Inc. | 570-424-2093 |
|--|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|---|--------------|
| Children's Advocacy Center of Monroe County | 570-730-4834 |
|---|--------------|

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Monroe County Victim Services | 570-517-3062 |
|-------------------------------|--------------|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Monroe County Victim Services | 570-517-3062 |
|-------------------------------|--------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Monroe County Victim Services | 570-517-3062 |
|-------------------------------|--------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Monroe County Victim Services | 570-517-3062 |
|-------------------------------|--------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.ova.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Montgomery County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|-------------------------------------|--------------|
| Laurel House | 800-642-3150 |
| Women's Center of Montgomery County | 800-773-2424 |

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|---|--------------|
| Victim Services Center of Montgomery County | 888-521-0983 |
|---|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|---|--------------|
| Mission Kids Child Advocacy Center | 484-687-2990 |
| The Lincoln Center for Family and Youth | 610-277-3715 |

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|---|--------------|
| SeniorLAW Center | 215-988-1244 |
| The Lincoln Center for Family and Youth | 610-277-3715 |

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|---|--------------|
| Victim Services Center of Montgomery County | 888-521-0983 |
| The Lincoln Center for Family and Youth | 610-277-3715 |

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|--|--------------|
| New Day to Stop Trafficking Program - Adults | 267-838-5866 |
| Mission Kids Child Advocacy Center - Minors | 484-687-2990 |

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|--|--------------|
| Victim/Witness Unit of the DA's Office | 610-278-3144 |
|--|--------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.ova.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____
Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Montour County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|--------------------|--------------|
| The Women's Center | 570-784-6632 |
|--------------------|--------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|--------------------|--------------|
| The Women's Center | 570-784-6632 |
|--------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|--|--------------|
| CAC of Central Susquehanna Valley (Geisinger Clinic) | 570-473-8516 |
|--|--------------|

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|--------------------|--------------|
| The Women's Center | 570-784-6632 |
|--------------------|--------------|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|--------------------|--------------|
| The Women's Center | 570-784-6632 |
|--------------------|--------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|---------------------------------------|--------------|
| Montour County Victim Witness Program | 570-271-3070 |
|---------------------------------------|--------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|---------------------------------------|--------------|
| Montour County Victim Witness Program | 570-271-3070 |
|---------------------------------------|--------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante _____

Fecha _____

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante _____

Fecha _____

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Northampton County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|--------------------------------|--------------|
| Turning Point of Lehigh Valley | 610-437-3369 |
|--------------------------------|--------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|--|--------------|
| Crime Victims Council of the Lehigh Valley | 610-250-6313 |
|--|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|------------------------------------|--------------|
| Valley Youth House Committee, Inc. | 610-820-0166 |
|------------------------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|--|--------------|
| Crime Victims Council of the Lehigh Valley | 610-250-6313 |
|--|--------------|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|--|--------------|
| Crime Victims Council of the Lehigh Valley | 610-250-6313 |
|--|--------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|--|--------------|
| Crime Victims Council of the Lehigh Valley | 610-250-6313 |
|--|--------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|--|--------------|
| Northampton County Victim/Witness Assistance | 610-829-6645 |
|--|--------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante _____

Fecha _____

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante _____

Fecha _____

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Northumberland County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|-------------------|--------------|
| Transitions of PA | 570-644-4488 |
|-------------------|--------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|-------------------|--------------|
| Transitions of PA | 570-644-4488 |
|-------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|--|--------------|
| CAC of Central Susquehanna Valley (Geisinger Clinic) | 570-473-8516 |
|--|--------------|

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|-------------------|--------------|
| Transitions of PA | 570-644-4488 |
|-------------------|--------------|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|---------------------------------------|------------------------------|
| Northumberland County Victim Services | 570-988-4120 or 570-988-4134 |
|---------------------------------------|------------------------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|-------------------|--------------|
| Transitions of PA | 570-644-4488 |
|-------------------|--------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|---------------------------------------|------------------------------|
| Northumberland County Victim Services | 570-988-4120 or 570-988-4134 |
|---------------------------------------|------------------------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –
866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Perry County

| Víctimas de Violencia Doméstica | |
|--|--------------|
| Domestic Violence Services of Cumberland and Perry Counties | 717-582-8900 |
| Víctimas de Agresión Sexual | |
| YWCA Greater Harrisburg | 800-654-1211 |
| Víctimas de Maltrato Infantil | |
| UPMC Pinnacle Harrisburg | 717-782-6800 |
| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
| Domestic Violence Services of Cumberland and Perry Counties | 800-654-1211 |
| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
| YWCA Greater Harrisburg | 800-654-1211 |
| Víctimas de Tráfico Humano | |
| YWCA Greater Harrisburg | 800-654-1211 |
| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
| YWCA Greater Harrisburg | 800-654-1211 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Philadelphia County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|---|--|
| Congreso De Latinos Unidos, Inc. Lutheran Settlement House Women Against Abuse, Inc. Women In Transition | 215-763-8870 or 267-765-2272 (Health Center) 215-426-8610 or 215-387-2587 (Jane Addams Place) 215-386-1280 215-564-5301 |
|---|--|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|------------------------------|--------------|
| Women Organized Against Rape | 215-985-3315 |
|------------------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|---|--|
| Children's Crisis Treatment Center Children's Hospital of Philadelphia Philadelphia Children's Alliance Support Center For Child Advocates | 215-496-0707 215-590-1000 215-387-9500 267-546-9200 |
|---|--|

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|---|--|
| CARIE-Center for Advocacy for the Rights and Interests of the Elderly Philadelphia Corporation For Aging SeniorLAW Center | 215-545-5728 215-765-9000 215-988-1244 |
|---|--|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|---|--|
| Anti-Violence Partnership of Philadelphia Nationalities Service Center North Central Victim Services Philadelphia County District Attorney's Office Victim/Witness Services of South Philadelphia | 215-567-6776 215-893-8400 215-763-3282 215-686-8027 215-551-3360 |
|---|--|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|--|------------------------------|
| Nationalities Service Center Philadelphia County District Attorney's Office | 215-893-8400 215-686-8027 |
|--|------------------------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|--|--------------|
| Philadelphia County District Attorney's Office | 215-686-8027 |
|--|--------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

**Información Importante de Contactos Locales - Philadelphia - 6th, 9th, and
22nd Police District County**

| Víctimas de Violencia Doméstica | |
|---|--|
| Congreso De Latinos Unidos, Inc. Lutheran Settlement House Women Against Abuse, Inc. Women In Transition | 215-763-8870 or 267-765-2272 (Health Center) 215-426-8610 or 215-387-2587 (Jane Addams Place) 215-386-1280 215-564-5301 |

| Víctimas de Agresión Sexual | |
|------------------------------------|--------------|
| Women Organized Against Rape | 215-985-3315 |

| Víctimas de Maltrato Infantil | |
|---|--|
| Children's Crisis Treatment Center Children's Hospital of Philadelphia Philadelphia Children's Alliance Support Center For Child Advocates | 215-496-0707 215-590-1000 215-387-9500 267-546-9200 |

| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
|---|--|
| CARIE-Center for Advocacy for the Rights and Interests of the Elderly Philadelphia Corporation For Aging SeniorLAW Center | 215-545-5728 215-765-9000 215-988-1244 |

| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
|---|--|
| Center City Crime Victim Services EMIR Healing Center (Homicide Assistance) Mothers in Charge (Homicide Assistance) | 215-665-9680 215-848-4068 215-228-1718 |

| Víctimas de Tráfico Humano | |
|--|------------------------------|
| Nationalities Service Center Philadelphia County District Attorney's Office | 215-893-8400 215-686-8027 |

| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
|---|--------------|
| Philadelphia County District Attorney's Office | 215-686-8027 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante _____

Fecha _____

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante _____

Fecha _____

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

**Información Importante de Contactos Locales - Philadelphia - 5th, 14th, 35th,
and 39th Police District County**

| Víctimas de Violencia Doméstica | |
|---|--|
| Congreso De Latinos Unidos, Inc. Lutheran Settlement House Women Against Abuse, Inc. Women In Transition | 215-763-8870 or 267-765-2272 (Health Center) 215-426-8610 or 215-387-2587 (Jane Addams Place) 215-386-1280 215-564-5301 |

| Víctimas de Agresión Sexual | |
|------------------------------------|--------------|
| Women Organized Against Rape | 215-985-3315 |

| Víctimas de Maltrato Infantil | |
|---|--|
| Children's Crisis Treatment Center Children's Hospital of Philadelphia Philadelphia Children's Alliance Support Center For Child Advocates | 215-496-0707 215-590-1000 215-387-9500 267-546-9200 |

| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
|---|--|
| CARIE-Center for Advocacy for the Rights and Interests of the Elderly Philadelphia Corporation For Aging SeniorLAW Center | 215-545-5728 215-765-9000 215-988-1244 |

| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
|---|--|
| Northwest Victim Services EMIR Healing Center (Homicide Assistance) Mothers in Charge (Homicide Assistance) | 215-438-4410 215-848-4068 215-228-1718 |

| Víctimas de Tráfico Humano | |
|--|------------------------------|
| Nationalities Service Center Philadelphia County District Attorney's Office | 215-893-8400 215-686-8027 |

| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
|---|--------------|
| Philadelphia County District Attorney's Office | 215-686-8027 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____
Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

**Información Importante de Contactos Locales - Philadelphia - 24th, 25th and
26th Police District County**

| Víctimas de Violencia Doméstica | |
|---|--|
| Congreso De Latinos Unidos, Inc. Lutheran Settlement House Women Against Abuse, Inc. Women In Transition | 215-763-8870 or 267-765-2272 (Health Center) 215-426-8610 or 215-387-2587 (Jane Addams Place) 215-386-1280 215-564-5301 |

| Víctimas de Agresión Sexual | |
|------------------------------------|--------------|
| Women Organized Against Rape | 215-985-3315 |

| Víctimas de Maltrato Infantil | |
|---|--|
| Children's Crisis Treatment Center Children's Hospital of Philadelphia Philadelphia Children's Alliance Support Center For Child Advocates | 215-496-0707 215-590-1000 215-387-9500 267-546-9200 |

| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
|---|--|
| CARIE-Center for Advocacy for the Rights and Interests of the Elderly Philadelphia Corporation For Aging SeniorLAW Center | 215-545-5728 215-765-9000 215-988-1244 |

| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
|--|--|
| Congreso De Latinos Unidos, Inc. EMIR Healing Center (Homicide Assistance) Mothers in Charge (Homicide Assistance) | 215-763-8870 or 267-765-2272 (Health Center) 215-848-4068 215-228-1718 |

| Víctimas de Tráfico Humano | |
|--|------------------------------|
| Nationalities Service Center Philadelphia County District Attorney's Office | 215-893-8400 215-686-8027 |

| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
|---|--------------|
| Philadelphia County District Attorney's Office | 215-686-8027 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____
Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

**Información Importante de Contactos Locales - Philadelphia - 1st, 3rd, and
17th Police District County**

| Víctimas de Violencia Doméstica | |
|---|--|
| Congreso De Latinos Unidos, Inc. Lutheran Settlement House Women Against Abuse, Inc. Women In Transition | 215-763-8870 or 267-765-2272 (Health Center) 215-426-8610 or 215-387-2587 (Jane Addams Place) 215-386-1280 215-564-5301 |

| Víctimas de Agresión Sexual | |
|------------------------------------|--------------|
| Women Organized Against Rape | 215-985-3315 |

| Víctimas de Maltrato Infantil | |
|---|--|
| Children's Crisis Treatment Center Children's Hospital of Philadelphia Philadelphia Children's Alliance Support Center For Child Advocates | 215-496-0707 215-590-1000 215-387-9500 267-546-9200 |

| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
|---|--|
| CARIE-Center for Advocacy for the Rights and Interests of the Elderly Philadelphia Corporation For Aging SeniorLAW Center | 215-545-5728 215-765-9000 215-988-1244 |

| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
|---|--|
| Victim/Witness Services of South Philadelphia EMIR Healing Center (Homicide Assistance) Mothers in Charge (Homicide Assistance) | 215-551-3360 215-848-4068 215-228-1718 |

| Víctimas de Tráfico Humano | |
|--|------------------------------|
| Nationalities Service Center Philadelphia County District Attorney's Office | 215-893-8400 215-686-8027 |

| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
|---|--------------|
| Philadelphia County District Attorney's Office | 215-686-8027 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Philadelphia - 22nd Police District County

| Víctimas de Violencia Doméstica | |
|---|--|
| Congreso De Latinos Unidos, Inc. Lutheran Settlement House Women Against Abuse, Inc. Women In Transition | 215-763-8870 or 267-765-2272 (Health Center) 215-426-8610 or 215-387-2587 (Jane Addams Place) 215-386-1280 215-564-5301 |

| Víctimas de Agresión Sexual | |
|------------------------------------|--------------|
| Women Organized Against Rape | 215-985-3315 |

| Víctimas de Maltrato Infantil | |
|---|--|
| Children's Crisis Treatment Center Children's Hospital of Philadelphia Philadelphia Children's Alliance Support Center For Child Advocates | 215-496-0707 215-590-1000 215-387-9500 267-546-9200 |

| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
|---|--|
| CARIE-Center for Advocacy for the Rights and Interests of the Elderly Philadelphia Corporation For Aging SeniorLAW Center | 215-545-5728 215-765-9000 215-988-1244 |

| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
|---|--|
| North Central Victim Services EMIR Healing Center (Homicide Assistance) Mothers in Charge (Homicide Assistance) | 215-763-3280 215-848-4068 215-228-1718 |

| Víctimas de Tráfico Humano | |
|--|------------------------------|
| Nationalities Service Center Philadelphia County District Attorney's Office | 215-893-8400 215-686-8027 |

| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
|---|--------------|
| Philadelphia County District Attorney's Office | 215-686-8027 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante _____

Fecha _____

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante _____

Fecha _____

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

**Información Importante de Contactos Locales - Philadelphia - 12th, 16th, 18th
and 19th Police District County**

| Víctimas de Violencia Doméstica | |
|---|--|
| Congreso De Latinos Unidos, Inc. Lutheran Settlement House Women Against Abuse, Inc. Women In Transition | 215-763-8870 or 267-765-2272 (Health Center) 215-426-8610 or 215-387-2587 (Jane Addams Place) 215-386-1280 215-564-5301 |

| Víctimas de Agresión Sexual | |
|------------------------------------|--------------|
| Women Organized Against Rape | 215-985-3315 |

| Víctimas de Maltrato Infantil | |
|---|--|
| Children's Crisis Treatment Center Children's Hospital of Philadelphia Philadelphia Children's Alliance Support Center For Child Advocates | 215-496-0707 215-590-1000 215-387-9500 267-546-9200 |

| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
|---|--|
| CARIE-Center for Advocacy for the Rights and Interests of the Elderly Philadelphia Corporation For Aging SeniorLAW Center | 215-545-5728 215-765-9000 215-988-1244 |

| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
|---|--|
| Anti-Violence Partnership of Philadelphia EMIR Healing Center (Homicide Assistance) Mothers in Charge (Homicide Assistance) | 215-567-6776 215-848-4068 215-228-1718 |

| Víctimas de Tráfico Humano | |
|--|------------------------------|
| Nationalities Service Center Philadelphia County District Attorney's Office | 215-893-8400 215-686-8027 |

| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
|---|--------------|
| Philadelphia County District Attorney's Office | 215-686-8027 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____
Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

**Información Importante de Contactos Locales - Philadelphia - 2nd, 7th, 8th
and 15th Police District County**

| Víctimas de Violencia Doméstica | |
|---|--|
| Congreso De Latinos Unidos, Inc. Lutheran Settlement House Women Against Abuse, Inc. Women In Transition | 215-763-8870 or 267-765-2272 (Health Center) 215-426-8610 or 215-387-2587 (Jane Addams Place) 215-386-1280 215-564-5301 |

| Víctimas de Agresión Sexual | |
|------------------------------------|--------------|
| Women Organized Against Rape | 215-985-3315 |

| Víctimas de Maltrato Infantil | |
|---|--|
| Children's Crisis Treatment Center Children's Hospital of Philadelphia Philadelphia Children's Alliance Support Center For Child Advocates | 215-496-0707 215-590-1000 215-387-9500 267-546-9200 |

| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
|---|--|
| CARIE-Center for Advocacy for the Rights and Interests of the Elderly Philadelphia Corporation For Aging SeniorLAW Center | 215-545-5728 215-765-9000 215-988-1244 |

| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
|---|--|
| Northeast Victim Services EMIR Healing Center (Homicide Assistance) Mothers in Charge (Homicide Assistance) | 215-332-3888 215-848-4068 215-228-1718 |

| Víctimas de Tráfico Humano | |
|--|------------------------------|
| Nationalities Service Center Philadelphia County District Attorney's Office | 215-893-8400 215-686-8027 |

| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
|---|--------------|
| Philadelphia County District Attorney's Office | 215-686-8027 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Pike County

| | |
|--|--------------|
| Víctimas de Violencia Doméstica | |
| Victims' Intervention Program | 570-253-4401 |
| Víctimas de Agresión Sexual | |
| Victims' Intervention Program | 570-253-4401 |
| Víctimas de Maltrato Infantil | |
| Dickson House Children's Advocacy Center | 570-296-3482 |
| Victims' Intervention Program | 570-253-4401 |
| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
| Victims' Intervention Program | 570-253-4401 |
| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
| Pike County Victim Witness Program | 570-296-6620 |
| Víctimas de Tráfico Humano | |
| Victims' Intervention Program | 570-253-4401 |
| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
| Pike County Victim Witness Program | 570-296-6620 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.ova.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Potter County

| | |
|--|--------------------|
| Víctimas de Violencia Doméstica | |
| A Way Out | 814-274-0368 |
| Víctimas de Agresión Sexual | |
| A Way Out | 814-274-0368 |
| Víctimas de Maltrato Infantil | |
| Potter County Victim Services | 814-274-9450 x 237 |
| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
| Potter County Victim Services | 814-274-9450 x 237 |
| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
| Potter County Victim Services | 814-274-9450 x 237 |
| Víctimas de Tráfico Humano | |
| Potter County Victim Services | 814-274-9450 x 237 |
| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
| Potter County Victim Services | 814-274-9450 x 237 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante _____

Fecha _____

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante _____

Fecha _____

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Schuylkill County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|------------------------|--------------|
| Schuylkill Hope Center | 570-622-3991 |
|------------------------|--------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|---|---------------|
| Sexual Assault Resource and Counseling Center (SARCC) | 570) 628-2965 |
|---|---------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|----------------------------|--------------|
| SARCC of Schuylkill County | 570-628-2965 |
|----------------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|---|------------------------------|
| Schuylkill County Victim Witness Services | 570-628-1363 or 570-628-1149 |
|---|------------------------------|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|---|------------------------------|
| Schuylkill County Victim Witness Services | 570-628-1363 or 570-628-1149 |
|---|------------------------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|---|------------------------------|
| Schuylkill County Victim Witness Services | 570-628-1363 or 570-628-1149 |
|---|------------------------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|---|------------------------------|
| Schuylkill County Victim Witness Services | 570-628-1363 or 570-628-1149 |
|---|------------------------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.ovpa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____
Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Snyder County

| | |
|--|--------------|
| Víctimas de Violencia Doméstica | |
| Transitions of PA | 570-374-7773 |
| Víctimas de Agresión Sexual | |
| Transitions of PA | 570-374-7773 |
| Víctimas de Maltrato Infantil | |
| CAC of Central Susquehanna Valley (Geisinger Clinic) | 570-473-8516 |
| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
| Transitions of PA | 570-374-7773 |
| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
| Snyder County Victim/Witness Program | 570-837-4232 |
| Víctimas de Tráfico Humano | |
| Transitions of PA | 570-374-7773 |
| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
| Snyder County Victim/Witness Program | 570-837-4232 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Somerset County

| Víctimas de Violencia Doméstica | |
|--|---|
| Victim Services, Inc | 814-443-1555 |
| Víctimas de Agresión Sexual | |
| Victim Services, Inc | 814-443-1555 |
| Víctimas de Maltrato Infantil | |
| Somerset County Child Advocacy Center | 814-445-1628 |
| Victim Services, Inc | 814-443-1555 |
| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
| Somerset County Victim Service Department | 814-445-1459 |
| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
| Victim Services, Inc | 814-443-1555 |
| Víctimas de Tráfico Humano | |
| Victim Services, Inc | 814-443-1555 |
| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
| Somerset County Juvenile Court Victim Services | 814-445-1600 or 814-445-1678 (Victim Liaison) |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.ova.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Statewide County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|--|--------------|
| Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence | 717-545-6400 |
|--|--------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|-------------------------------------|--------------|
| Pennsylvania Coalition Against Rape | 800-692-7445 |
|-------------------------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|--|--------------|
| Pennsylvania Office of Victim Advocate | 800-563-6399 |
|--|--------------|

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|--|--------------|
| Pennsylvania Office of Victim Advocate | 800-563-6399 |
|--|--------------|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|--|--------------|
| Pennsylvania Office of Victim Advocate | 800-563-6399 |
|--|--------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|------------------------------|--------------|
| Friends of Farmworkers, Inc. | 215-733-0878 |
|------------------------------|--------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|--|--------------|
| Pennsylvania Office of Victim Advocate | 800-563-6399 |
|--|--------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____
Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Sullivan County

| Víctimas de Violencia Doméstica | |
|--|--------------|
| Sullivan County Victim Services | 570-946-4053 |
| Víctimas de Agresión Sexual | |
| Abuse and Rape Crisis Center | 570-265-5333 |
| Víctimas de Maltrato Infantil | |
| The Children's House Child Advocacy Center | 570-265-4132 |
| Sullivan County Victim Services | 570-946-4063 |
| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
| Abuse and Rape Crisis Center | 570-265-5333 |
| Sullivan County Victim Services | 570-946-4063 |
| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
| Sullivan County Victim Services | 570-946-4053 |
| Víctimas de Tráfico Humano | |
| Abuse and Rape Crisis Center | 570-265-5333 |
| Sullivan County Victim Services | 570-946-4053 |
| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
| Sullivan County Victim Services | 570-946-4053 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.ova.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Susquehanna County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Women's Resource Center, Inc. | 570-278-1800 |
|-------------------------------|--------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Women's Resource Center, Inc. | 570-278-1800 |
|-------------------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|--|------------------------------|
| Child Advocacy Center of Susquehanna and Wyoming Co. Women's Resource Center, Inc. | 570-823-5144 570-278-1800 |
|--|------------------------------|

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Women's Resource Center, Inc. | 570-278-1800 |
|-------------------------------|--------------|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|------------------------------------|--------------|
| Susquehanna County Victim Services | 570-278-6657 |
|------------------------------------|--------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|------------------------------------|--------------|
| Susquehanna County Victim Services | 570-278-6657 |
|------------------------------------|--------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|------------------------------------|--------------|
| Susquehanna County Victim Services | 570-278-6657 |
|------------------------------------|--------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Tioga County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|-----------------------|--------------|
| Haven of Tioga County | 570-724-3549 |
|-----------------------|--------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|-----------------------|--------------|
| Haven of Tioga County | 570-724-3549 |
|-----------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|----------------------|--------------|
| The Children's House | 570-265-4132 |
|----------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|------------------------------|--------------|
| Tioga County Victim Services | 570-724-1350 |
|------------------------------|--------------|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|-----------------------|--------------|
| Haven of Tioga County | 570-724-3549 |
|-----------------------|--------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|------------------------------|--------------|
| Tioga County Victim Services | 570-724-1350 |
|------------------------------|--------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|------------------------------|--------------|
| Tioga County Victim Services | 570-724-1350 |
|------------------------------|--------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____
Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Union County

| | |
|--|--------------|
| Víctimas de Violencia Doméstica | |
| Transitions of PA | 570-523-6482 |
| Víctimas de Agresión Sexual | |
| Transitions of PA | 570-523-6482 |
| Víctimas de Maltrato Infantil | |
| CAC of Central Susquehanna Valley (Geisinger Clinic) | 570-473-8516 |
| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
| Transitions of PA | 570-523-6482 |
| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
| Union County Victim Services | 570-524-8768 |
| Víctimas de Tráfico Humano | |
| Transitions of PA | 570-523-6482 |
| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
| Union County Victim Services | 570-524-8768 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.ova.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Venango County

| Víctimas de Violencia Doméstica | |
|--|--------------|
| PPC Violence Free Network | 800-243-4944 |
| Víctimas de Agresión Sexual | |
| PPC Violence Free Network | 800-243-4944 |
| Víctimas de Maltrato Infantil | |
| Venango County Human Services | 814-432-9775 |
| Venango County PIC Unit | 814-432-9111 |
| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
| Venango County PIC Unit | 814-432-9111 |
| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
| Venango County Victim/Witness Services | 814-432-9598 |
| Víctimas de Tráfico Humano | |
| Venango County Victim/Witness Services | 814-432-9598 |
| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
| Venango County Victim/Witness Services | 814-432-9598 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Warren County

| Víctimas de Violencia Doméstica | |
|--|------------------------------|
| The Safe Place | 800-338-3460 |
| Víctimas de Agresión Sexual | |
| The Safe Place | 800-338-3460 |
| Víctimas de Maltrato Infantil | |
| The Safe Place | 800-338-3460 |
| Warren County Children's Advocacy Center | 814-313-1004 |
| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
| Warren County Victim Witness Office | 814-728-3468 |
| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
| Crime Victims Program - Warren County | 814-728-3468 or 814-728-3458 |
| Víctimas de Tráfico Humano | |
| Crime Victims Program - Warren County | 814-728-3468 or 814-728-3458 |
| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
| Crime Victims Program - Warren County | 814-728-3468 or 814-728-3458 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Washington County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|---|--------------|
| Domestic Violence Services of Southwestern PA | 724-223-5481 |
|---|--------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|------------------------------|--------------|
| The CARE Center, Inc. (SPHS) | 724-228-2200 |
|------------------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|--------------------|--------------|
| A Child's Place PA | 412-771-6462 |
|--------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|--------------------------------|--------------|
| Southwestern PA Legal Services | 724-225-6170 |
|--------------------------------|--------------|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|---|--------------|
| Washington County Commissioners Victim/Witness | 724-229-5922 |
|---|--------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|--------------------------------|--------------|
| Southwestern PA Legal Services | 724-225-6170 |
|--------------------------------|--------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|---|--------------|
| Washington County Commissioners Victim/Witness | 724-229-5922 |
|---|--------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante _____

Fecha _____

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante _____

Fecha _____

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Wayne County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Victims' Intervention Program | 570-253-4401 |
|-------------------------------|--------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Victims' Intervention Program | 570-253-4401 |
|-------------------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Victims' Intervention Program | 570-253-4401 |
|-------------------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Victims' Intervention Program | 570-253-4401 |
|-------------------------------|--------------|

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|-------------------------------------|---------------------|
| Wayne County Victim/Witness Program | 570-253-5970 x 2230 |
|-------------------------------------|---------------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Victims' Intervention Program | 570-253-4401 |
|-------------------------------|--------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|-------------------------------------|---------------------|
| Wayne County Victim/Witness Program | 570-253-5970 x 2230 |
|-------------------------------------|---------------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.ova.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____
Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Westmoreland County

Víctimas de Violencia Doméstica

| | |
|------------------|--------------|
| Blackburn Center | 724-837-9540 |
|------------------|--------------|

Víctimas de Agresión Sexual

| | |
|------------------|--------------|
| Blackburn Center | 724-837-9540 |
|------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato Infantil

| | |
|--------------------|--------------|
| A Child's Place PA | 412-771-6462 |
|--------------------|--------------|

Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)

| | |
|---|------------------------------|
| Blackburn Center | 724-837-9540 |
| Westmoreland County Victim/Witness Services | 724-830-3271 or 724-830-3272 |
| Westmoreland County Area Agency on Aging | 724-830-4444 |

Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)

| | |
|---|------------------------------|
| Westmoreland County Victim/Witness Services | 724-830-3272 or 724-830-3271 |
|---|------------------------------|

Víctimas de Tráfico Humano

| | |
|------------------|--------------|
| Blackburn Center | 724-837-9540 |
|------------------|--------------|

Oficina de Testigos/Víctimas del Condado

| | |
|---|------------------------------|
| Westmoreland County Victim/Witness Services | 724-830-3272 or 724-830-3271 |
|---|------------------------------|

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Wyoming County

| Víctimas de Violencia Doméstica | |
|--|------------------------------|
| Victims Resource Center | 570-836-5544 |
| Víctimas de Agresión Sexual | |
| Victims Resource Center | 570-836-5544 |
| Víctimas de Maltrato Infantil | |
| Child Advocacy Center of Susquehanna and Wyoming Co. Family Services Association of NEPA | 570-823-5144 570-823-5144 |
| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
| Victims Resource Center | 570-836-5544 |
| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
| Victims Resource Center | 570-836-5544 |
| Víctimas de Tráfico Humano | |
| Victims Resource Center | 570-836-5544 |
| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
| Victims Resource Center | 570-836-5544 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - York County

| | |
|--|--|
| Víctimas de Violencia Doméstica | |
| YWCA York - ACCESS York and Victim Assistance Center | 717-845-2631 |
| Víctimas de Agresión Sexual | |
| YWCA York - ACCESS York and Victim Assistance Center | 717-845-2631 |
| Víctimas de Maltrato Infantil | |
| York County Children's Advocacy Center | 717-718-4253 |
| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
| York County Victim Services | 1-877-326-8262 (toll free) or 717-771-9600 |
| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
| York County Victim Services | 1-877-326-8262 (toll free) or 717-771-9600 |
| Víctimas de Tráfico Humano | |
| Turning Point Women's Counseling & Advocacy Center | 717-755-8876 |
| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
| York County Victim Services | 1-877-326-8262 (toll free) or 717-771-9600 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.oiva.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx



pennsylvania
VICTIMS COMPENSATION
ASSISTANCE PROGRAM

Oficina de Servicios para las Víctimas

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA www.pcv.pccd.pa.gov

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describa brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones

del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: Sí No ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____ Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal
PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax
800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:
www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

