

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?: ¿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>