

Formulario de reclamación de terapia por agresión sexual

Complete el formulario y envíelo por correo, correo electrónico o fax a:

Victims Compensation Assistance Program (VCAP)

(800) 233-2339 o (717) 783-5153

P.O. Box 1167

FAX (717) 787-4306

Harrisburg PA 17108-1167

Correo electrónico: ra-davesupport@pa.gov

SECCIÓN 1 Información de la víctima

Nombre de la víctima _____ Fecha de nacimiento _____ N.º de seguro social _____

Dirección (calle) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____ Correo electrónico _____

¿Tiene seguro médico? sí _____ no _____

¿Se aplicó su seguro médico a los gastos de terapia? sí _____ no _____

¿Se solicitaron o recibieron fondos de otras fuentes como resultado de la agresión sexual (es decir, acuerdos civiles, restitución, etc.)? sí _____ no _____

Si la víctima actualmente tiene menos de 18 años, el padre, la madre o el tutor o la persona que asume la obligación financiera por los gastos de terapia debe completar la sección a continuación y firmar en la segunda página como reclamante.

Nombre del reclamante _____ Fecha de nacimiento _____ N.º de seguro social _____

Dirección (calle) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____ Correo electrónico _____ Relación con la víctima _____

SECCIÓN 2 Información del delito

No es necesario que la víctima de una agresión sexual denuncie el delito o hable con las autoridades del orden público para que los gastos de terapia queden cubiertos por el proceso de reclamación de terapia por agresión sexual. Las siguientes preguntas se formulan para ayudar a determinar el nivel de beneficios al que puede ser elegible.

Fecha aproximada de la agresión sexual _____ (mm/dd/aaaa)

Lugar del delito: Condado: _____ Estado: Pensilvania

Si denunció el delito a las autoridades del orden público, es posible que pueda ser elegible para otros beneficios. ¿Se denunció el delito a alguna autoridad (del orden público, fiscal, servicios de protección de menores)? sí _____ no _____ ¿Está interesado en obtener más información sobre estos beneficios? sí _____ no _____ Si marcó "sí", el personal del programa se pondrá en contacto con usted para hablar acerca de la elegibilidad para estos beneficios.

SECCIÓN 3 Información sobre los proveedores de terapia *Para servicios provistos el 11/26/2019 o con posterioridad.*

Si tiene copias de las facturas de terapia detalladas y de las declaraciones de beneficios del seguro (si son aplicables y están disponibles), preséntelas junto con el formulario de reclamación. Si no dispone de copias, las solicitaremos al proveedor indicado a continuación.

Nombre del proveedor _____

Dirección (calle) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____ Correo electrónico _____ Número de fax _____

Formulario de reclamación de terapia por agresión sexual

La ley establece específicamente que los fondos solo pueden pagarse por los gastos de terapia que se deben al proveedor de atención médica (es decir, terapia de salud mental proporcionada por un psiquiatra, psicólogo, consejero profesional licenciado o trabajador social licenciado). Esto se aplica a las fechas de servicio del 11/26/2019 o con posterioridad únicamente.

SECCIÓN 4 Información estadística

La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos. La presentación de información en esta sección es estrictamente voluntaria.

Tipo de agresor: Clero _____ Familia _____ Extraño _____ Docente _____ Entrenador _____ Líder de grupo _____
Proveedor médico _____ Cuidador _____ Pareja íntima _____ Otro _____

¿Ha presentado anteriormente una reclamación al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas?

Sí _____ No _____

Si la respuesta es afirmativa, indique el número de reclamación (si lo conoce): _____

SECCIÓN 5 Firmas requeridas

Acuerdo de reconocimiento y reembolso

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso debe ser firmado antes de que se inicie el proceso de revisión de la reclamación.

Mi firma a continuación significa que entiendo cada una de las siguientes declaraciones o puntos de la ley:

A cualquier víctima o reclamante que, a sabiendas o intencionadamente, presente o haga presentar información falsa o falsificada relacionada con una reclamación, se le podrán denegar los beneficios y se le impondrán las sanciones penales correspondientes en virtud de las leyes del estado.

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, estoy de acuerdo en devolver cualquier fondo que reciba del infractor, de cualquier otra persona o fuente, que me compense por la lesión sufrida, incluida cualquier indemnización por daños. 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.

X _____
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)

Esta Autorización debe ser firmada antes de que se inicie el proceso de revisión de la reclamación.

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.

X _____
Firma del reclamante Fecha

Victims Compensation Assistance Program (VCAP)
P.O. Box 1167
Harrisburg PA 17108-1167

(800) 233-2339 o (717) 783-5153
FAX (717) 787-4306
Correo electrónico: ra-davesupport@pa.gov