



State of Utah
UTAH OFFICE FOR VICTIMS OF CRIME

350 East 500 South Suite 200
Salt Lake City Utah 84111
(801) 238-2360 or Toll Free 1-800-621-7444
Fax (801) 533-4127

DO NOT WRITE IN THIS SPACE

File # _____

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE REPARACIONES PARA LAS VÍCTIMAS DE CRÍMENES

Sección 1. INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA

Nombre de la Víctima	Fecha de Nacimiento	Sexo (M/F)	No. de Seguro Social	Discapacitado? (S/N)	Grupo Étnico
(1) _____	_____	_____	_____	_____	_____
(2) _____	_____	_____	_____	_____	_____
(3) _____	_____	_____	_____	_____	_____
(4) _____	_____	_____	_____	_____	_____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Condado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: Casa: () _____ Trabajo: () _____ Correo Electrónico: _____

Sección 2. INFORMACIÓN DEL APLICANTE (para completarse solo si el aplicante no es la víctima)

Nombre del aplicante	Fecha de Nacimiento	Sexo (M/F)	No. de Seguro Social	Discapacitado? (S/N)	Grupo Étnico
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Condado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: Casa: () _____ Trabajo: () _____ Correo Electrónico: _____

Relación c/Víctima: Esposo (a) Padre/Madre Hermano (a) Hijo (a) Otro _____

Sección 3. INFORMACIÓN SOBRE EL CRÍMEN

Agencia de Policía: _____ No. de Caso: _____ Fecha del Crímen: _____

Dirección del crimen: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Condado: _____

Descripción del Crímen: _____

Arma usada en el crimen: _____

Sección 4. INFORMACIÓN SOBRE EL DEMANDADO

Nombre del Demandado	Fecha de Nacimiento del Demandado	Numero del Seguro Social del Demandado
_____	_____	_____

Se ha presentado cargos en la Corte del Distrito?: Si No Se ha presentado cargos en la Corte de Justicia?: Si No

Numero del caso de la corte _____ Numero del caso de la corte _____

Sección 5. SEGURO

Tiene la víctima o aplicante: Seguro Médico Medicaid Automovilístico Seguro Social Otro _____

Seguro Médico: Nombre _____ Seguro de Auto: Nombre _____

Numero de póliza de seguros _____ Numero de póliza de seguros _____

Sección 6.

Se ha empleado un Abogado para presentar una demanda civil?: Si No

Nombre del Abogado: _____ Teléfono: () _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Sección 7. REFERRIDO POR

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agencia de Policía | <input type="checkbox"/> Doctor | <input type="checkbox"/> Agencia sin fines de lucro |
| <input type="checkbox"/> Dept. Defensor de Víctimas | <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Fiscalía | <input type="checkbox"/> Dentista | |
| <input type="checkbox"/> Agencia para las víctimas de crímenes | <input type="checkbox"/> Consejero de Salud Mental | |

Sección 8. BENEFICIOS A RECIBIR (Marque todas las que apliquen a su caso)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Gastos de re-ubicación |
| <input type="checkbox"/> Cuidado Dental | <input type="checkbox"/> Compensación por pérdida de servicios (Guardería, preparación alimenticia, limpieza de casa etc) |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de sueldo por éste crimen | <input type="checkbox"/> Anteojos, aparatos de audición u otros aparatos médicos. |
| <input type="checkbox"/> Consejería | <input type="checkbox"/> Reemplazo de puertas o ventanas. |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de sustento para dependientes (Casos de homicidio solamente) | |
| <input type="checkbox"/> Gastos de funeral | |

Sección 9.

I M P O R T A N T E - L E E R C U I D A D O S A M E N T E

Asignación de Reembolso

Yo entiendo que cualquier compensación por las pérdidas impuestas al demandado por medio de la restitución de la corte ó un reclamo civil ó por su seguro ó cualquier agencia privada o gubernamental, le da derecho a la Oficina de Utah para Las Víctimas de Crímenes a ser reembolsada por cualquier compensación que yo recibo. De modo que, yo entrego todos derechos para recibir compensación, a la Oficina de Utah para Las Víctimas de Crímenes incluyendo el derecho para poner en marcha y forzar un reclamo por restitución (indemnización), en cualquier corte que tiene jurisdicción dentro del estado de Utah. Yo entiendo y me pongo de acuerdo a notificar tal oficina por medio de correspondencia dentro de 30 días desde la fecha que yo doy a entablar juicio para recuperar mis pérdidas.

Autorización del Aplicante/Víctima para Compartir Información

Yo autorizo el entrego de cualquier información que sea necesaria por la Oficina de Utah para Las Víctimas de Crímenes a determinar si califica ó no éste reclamo para beneficios incluyendo información ó documentos que sean clasificados como privado o controlado bajo el Government Records Access and Management Act. Tal información sera usado para evaluar si califica su aplicación y por los beneficios específicos y tal vez será compartido con las agencias de Policía, la oficina del Fiscal, las agencias de médico y las agencias para la salud mental. La Oficina de Utah para Las Víctimas de Crímenes puede compartir información tal como documentos con respecto a los pagos que ha hecho por parte de usted, a la corte para facilitar una orden ó juicio de restitución (indemnización).

Declaración

DE CONFORMIDAD CON EL CODIGO PENAL DE UTAH, Seccion 63M-7-510(2), una persona que someta una solicitud fraudulenta con el fin de obtener beneficios, es culpable de una ofensa punitiva con una multa ó encarcelamiento. El firmante jura que la información contenida en éste documento es verdadera a su leal saber y entender.

Fecha: _____ Firma del aplicante/víctima _____

SOLICITUDES SOMETIDOS POR LOS MENORES DE DIECIOCHO AÑOS DE EDAD TIENE QUE SER COMPLETADO Y FIRMADO POR SUS PADRES O GUARDIÁN LEGAL.

Por Acomodaciones de Americanos con Discapacidades, con tres dias de anticipación favor pónganse en contacto con La Oficina de Utah para las Víctimas de Crímenes al (801) 238-2360