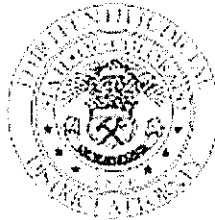


**DISTRICT ATTORNEY**

*Brittney B. Lewton*



**13<sup>TH</sup> JUDICIAL DISTRICT**

Counties of Kit Carson, Logan,  
Morgan, Phillips, Sedgwick,  
Washington & Yuma

Estimado Aplicante,

Adjunto encontrará una solicitud para la Compensación de la Víctima en dado caso que usted sea la víctima/el testigo o el tutor de la víctima/testigo por el cual usted podrá ser elegible para recibir una compensación por el pago o reembolso bajo el acuerdo del estatuto. Si usted desea aplicar, la solicitud debe de estar completa e incluir todos los cobros que ha recibido por causa de éste crimen, y si acaso se hizo algun pago, debe de comprobar lo que se ha pagado. Nosotros tambien le solicitamos que firme, ponga la fecha y que haya algun testigo que pueda atestiguar de que usted llenó la forma de consentimiento. La solicitud en Español está disponible sólo tiene que pedirla.

Es muy importante que se anote que el Comité de Compensación para Víctimas involucradas en un Crimen va a descontar cualquier pago/subsidiario recibido para pagar algunos de los gastos, esto excluye los beneficios en caso de una muerte o de pensión. Por lo tanto, si en dado caso se recupera algun pago/subsidiario despues de que el Comité le haya dado la compensación, el recipiente debe de reembolsar al Comité con la cantidad mas pequeña o la cantidad de la compensación, a no ser que entre las dos cantidades no alcance a cubrir el costo total de la pérdida. Finalmente, al aceptar ésta compensación bajo el Mandato de Compensación para la Víctima, usted está de acuerdo en cumplir u otorgarle el derecho o derechos al Estado de Colorado en cuestión de la compensación para tomar cualquier acción para recolectar (C.R.S. 24-4.1-116). También es muy importante anotar que no es necesario que la víctima presente cargos oficiales para podar calificar para la Compensación de la Víctima.

La oficina le va a notificar de inmediato cuando el reclamo/queja haya sido aprobada o negada por el Comité de Compensación para Víctimas del 13ro. Distrito Judicial.

Por favor no dude en comunicarse con Jill Olsen, la Administradora de Compensación de Víctimas. Al (970) 542-3473, si acaso tiene alguna pregunta o duda.

Favor de regresar la solicitud ya completa a:

13<sup>th</sup> Judicial District Attorney's Office  
Attn: Jill Olsen  
400 Warner Street  
Fort Morgan, Co 80701

Atentamente,

Jill Olsen  
Administradora de Compensación de Víctimas



## Crime Victim Compensation Board

13<sup>th</sup> Judicial District of Colorado  
 400 Warner Street  
 Fort Morgan, CO 80701  
 Phone: (970) 542-3473 Fax: (970) 542-3421

### SOLICITUD PARA QUE LA VICTIMA RECIBA COMPENSACION MONETARIA

Por favor léa el folleto incluido en relación a los requisitos de elegibilidad y la información de compensación)

#### Información General:

1. No se tiene que hacer un arresto para que la victima pueda ser elegible para recibir compensación.
2. Por ley, usted debe de aplicar para todos los otros recursos disponibles de asistencia financiera o reembolso, incluyendo Medicaid y Medicare. Esta solicitud no será procesada si usted no indica si usted tenia o no tenía seguro médico al momento del crimen.
3. Por favor ponga adjunto todos los cobros disponibles, recibos y/o información de empleo. Usted puede aplicar aún si todavía no a recibido los cobros al momento que aplique.
4. La recuperación total no debe de excederse del limite establecido por la ley. Compensación por algunas categorías ( i.e. quiropráctico, lentes, etc.) son limitados por la póliza del Consejo. Se le notificará por escrito de cualquier limitación.
5. El procesamiento normal es de 30- 45 dias.

#### **SECCION I – INFORMACION DE LA VICTIMA ( Todos los aplicantes **deben** de llenar ésta sección)**

Nombre de la Victima \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Edad Cuando Ocurrio el Crimen \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social \_\_\_\_\_

Sexo

Masculino

Femenina

La siguiente información es usada para propositos de estadísticas solamente para cumplir con las regulaciones federales.

Desabilitado:

Sí

No

Raza:

Anglo/ Americano

Africano Americano

Hispano/ Mexicano

Nativo Americano

Asiático /Pacífico

Desconocido

Otro:

¿Quien lo refirió al programa de compensación?

Defensor de la Victima

Oficial de Policia

Oficina del Fiscal del Distrtio

Servicio Social

Centro de Apoyo para los Niños

Otro: \_\_\_\_\_

Hospital

Terapeuta

#### **SECCION 2 – INFORMACION DEL DEMANDANTE (Complete solo si la persona que está sometiendo la solicitud no es la victima)**

Nombre del Demandante \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/ Estado/ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

Relación con la Victima \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social \_\_\_\_\_

**SECCION 3 – INFORMACION DEL CRIMEN** (Todos los aplicantes **deben** de completar esta sección)

Tipo de Crimen:

- |                                                   |                                                                                           |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Violencia Doméstica      | <input type="checkbox"/> Conductor Ebrio / Asalto Vehicular / Homicida                    |
| <input type="checkbox"/> Asalto                   | <input type="checkbox"/> Abuso Físico de un Niño(a)                                       |
| <input type="checkbox"/> Robo/ Prejuicio Criminal | <input type="checkbox"/> Asalto Sexual de un Niño(a) por un Miembro de la Familia         |
| <input type="checkbox"/> Asalto Sexual – Adulto   | <input type="checkbox"/> Asalto Sexual de un Niño(a) – por una Persona que no es Familiar |
| <input type="checkbox"/> Asesinato / Homicidio    | <input type="checkbox"/> Otro _____                                                       |

Fecha del Crimen \_\_\_\_\_ Dept. de Policia/ Agencia donde se Reportó el Crimen \_\_\_\_\_

Numero del Reporte del Crimen \_\_\_\_\_ Oficial de de Policia que está Encargado del Caso \_\_\_\_\_

¿Quien Cometió el Crimen? \_\_\_\_\_ ¿ Que relación tiene el Sospechoso con la Victima ? \_\_\_\_\_

¿ El Crimen ocurrió en el Trabajo?  Si  No El Sospechoso es un adulto  o un menor de edad

**Sección 4 – Petición de Servicios** ( Por favor marque “ Si” o “No” cuando esté solicitando compensación para los siguientes servicios. Si cualquiera de las preguntas no son contestadas, entonces se asumirá que no habrá necesidad de pagar por ése servicio.

Si  No **Medicinal** ( Incluyendo los servicios dentales y dispositivos medicos necesarios, i.e. lentes, que fueron dañados o destruidos durante el crimen.

Si  No **Salud Mental** ( incluyendo terapia de pesadumbre para los miembros de la familia de las victimas difuntas.)

Si usted ya esta en terapia, por favor apunte el nombre del terapeuta \_\_\_\_\_ y el numero de teléfono \_\_\_\_\_

Si  No **Perdida de Ingresos** ( Compensación por la perdida de ingresos estan disponibles solo a las victimas actuales donde la salud mental o fisica los previene a ellos de trabajar como resultado de ese crimen. Si a usted se le pago por el tiempo que estuvo fuera del trabajo por medio de los beneficios del empleado de cuando se encuentra enfermo o de vacaciones, usted no podrá aplicar para este programa para recibir pago adicional. Usted solo puede aplicar para éste programa por tiempo sin paga en su trabajo.

Si  No **Perdida del Sostenimiento** ( Puede ser solicitado para los dependientes de las victimas difuntas; para un empleo minimo o las victimas de violencia doméstica que estan desempleadas y que son mantenidos por el sospechoso al momento que sucedió el crimen; o un niño(a) que es una victima de incesto y cuando el tutor legal está desempleado.)

Por favor apunte los dependientes de la victima abajo, si usted esta solicitando compensación por la perdida de sostenimiento ( agregue una pagina si se necesita):

|              |            |              |            |
|--------------|------------|--------------|------------|
| Nombre _____ | Edad _____ | Nombre _____ | Edad _____ |
| Nombre _____ | Edad _____ | Nombre _____ | Edad _____ |
| Nombre _____ | Edad _____ | Nombre _____ | Edad _____ |

Si  No **Gastos de un Funeral**

Si  No **Propiedad Residencial** ( Solo puertas exteriores, chapas y ventanas son aplicables.)

Puerta(s) Exteriores  Cerradura(s) Exteriores  Ventana(s) Exteriores

Si  No **Cambiar las Cerraduras en la parte Exterior de la Residencia**

Si  No **Otro** ( por favor comuniquese con su oficial legal que representa a la victima para más información. Por favor anote que la compensación personal, propiedad,i.e. automoviles, dinero, etc. no puede ser recompensado.)

**Sección 5 – Información de Aseguranza** ( Esta sección debe de ser completada antes de que éste reclamo pueda ser procesado.)

Por favor indique si lo siguiente le aplica a usted:

- Si  No Aseguranza Médica  
 Si  No Medicaid  
 Si  No Aseguranza de Auto  
 Si  No Desabilitado

- Si  No Medicare  
 Si  No Compensación del Trabajador Worker's Comp.  
 Si  No Aseguranza del Hogar o del Inquilino  
Deducible de la Aseguranza del Hogar o del Inquilino \$ \_\_\_\_\_

**Sección 6 – Entrega de Información y los Derechos de las Víctimas y Sus Responsabilidades**

Yo, el aplicante al Programa de Compensación para Víctimas envueltos en un Crimen del Thirteen Judicial District of Colorado( 13 Distrito Judicial de Colorado), atestiguo de que toda la información dada en ésta aplicación es verdadera y precisa de acuerdo a mis conocimientos.

Yo le doy autorización a mi empleador, médico, hospital servicio médico y/o proveedor(es) mental y/o creditor de que de toda la información necesaria con el proposito de verificar los reclamos que he sometido, o para establecer la validez de reclamo de compensación. Comprendo que cualquier testimonio falso no me permitirá recibir pago por mis reclamos como tambien comprendo que cualquier compensación estará sujeta a los fondos disponibles y a la discreción del Comité.

Yo doy autorización de entregar los fondos de compensación que sean para mi bajo el Mandato de Compensación para las Víctimas de Un Crimen de Colorado que sean pagados directamente al proveedor del servicio aplicable a mi reclamo.

Por lo tanto tambien estoy de acuerdo que si acaso, en una fecha futura, Yo recibo dinero relacionado con el mismo tema de cualquier recurso subsidiario como por ejemplo la persona ofendida, cualquier persona en lugar del ofendido o de un programa de gobierno, Yo voy a notificar de inmediato a la oficina de Compensación a Víctimas involucrados en un Crimen y para proveer la documentación a la oficina de tal recibo. Se hará una determinación acerca de la decisión que se vaya hacer respecto a el reembolso al Crime Victim Compensation Fund( Fondo de Compensación para Víctimas de un Crimen) que es requerido por la Section 24 –4.1 – 110, C.R.S. Estoy de acuerdo en hacer cualquier reembolso requerido por esa sección.

Tambien estoy conciente que si fallo en cooperar en la investigación y persecución de un caso criminal de donde recibi algunas perdidas, yo seré inelegible por cualquier compensación monetaria y seré completamente responsable en reembolsar a Crime Victim Compensation Fund( Fondo de Compensación para Víctimas de un Crimen) por cualquier y todos las recompensas de compensación recibidos.

Como un aplicante, usted a sido advertido que si su reclamo de Compensación a Víctimas involucrados en un Crimen es negado usted tiene el derecho de solicitar una audiencia ante el Comité de Compensación para Víctimas involucrados en un Crimen( Crime Victim Compensation Board). Usted tiene el derecho de presentar evidencia y testigos. En esa audiencia, la carga de la prueba esta en usted como el aplicante de demostrar que el reclamo tiene fundamentos y puede ser indemnizado bajo los terminos del Colorado Crime Victim Compensation Act.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Víctima, Padre/Tutor Legal o Testamentario de Propiedad

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Regrese la Solicitud y Toda la Información a:**

Jill Olsen  
400 Warner Street  
Fort Morgan, Colorado 80701

