

solicitud del programa de compensación para víctimas de crimen en georgia

DEBE PRESENTAR UNA SOLICITUD SI USTED:

- Es una víctima inocente de un crimen violento y sufrió lesiones personales o trauma mental o emocional grave, como resultado del mismo.
- Fue a ayudar a otro y sufrió lesiones personales o trauma mental o emocional grave, como resultado.
- Fue testigo de un crimen violento o fue amenazado con uno y sufrió lesiones personales o trauma mental o emocional grave, como resultado.
- Es el padre/madre o tutor legal de una víctima menor de edad.
- Es el padre/madre o tutor legal de una víctima menor de edad y perdió salarios o manutención debido a la victimización.
- Es el cónyuge, padre, madre, hermano(a), abuelo(a) o hijo(a) superviviente de una víctima de homicidio.
- Dependía legalmente de una víctima de crimen fallecida para su manutención.
- Es una víctima de violencia doméstica que depende de su maltratador para su sustento.
- No es la víctima, pero ha estado pagando las facturas relacionadas con el crimen.

NO DEBE PRESENTAR UNA SOLICITUD SI USTED:

- Estaba cometiendo un crimen o estaba encarcelado(a) cuando ocurrió el crimen.
- Participó o estuvo involucrado(a) en los acontecimientos que condujeron al crimen.
- Estaba en libertad condicional o bajo palabra por un crimen grave cuando ocurrió el crimen.
- Está presentando la solicitud más de 3 años después de la fecha del crimen.

El Programa de Compensación para Víctimas de Crimen (CVCP) se estableció para dos propósitos principales: para ayudar a las víctimas con la deuda contraída como resultado de un crimen violento y para alentar a las víctimas a participar en el sistema de justicia penal. Los solicitantes elegibles del programa pueden recibir una compensación de hasta \$25,000 para ayudar con gastos por cuidado médico y dental, asistencia psicológica, apoyo económico, limpieza del sitio del crimen, y funeral cuando los costos no están cubiertos por otras fuentes (ver los límites por categorías a continuación).

Límites por Categorías (para gastos cubiertos)

- ✓ Gastos médicos y dentales – hasta \$15,000
- ✓ Gastos de asesoría psicológica – hasta \$3,000
- ✓ Gastos funerarios – hasta \$3,000
- ✓ Apoyo económico – hasta \$10,000
- ✓ Limpieza del sitio del crimen – hasta \$1,500

*Los beneficios recibidos se basan en los gastos elegibles reales.

Instrucciones generales

- ✓ Por favor escriba claramente y recuerde firmar la solicitud (se requiere la firma original para procesar su solicitud).
- ✓ Proporcione al menos dos números de teléfono donde se le pueda contactar o donde podamos dejar un mensaje durante horas de oficina..
- ✓ Proporcione la solicitud llenada y firmada, una factura detallada y una copia del informe policial, el informe del incidente, la hora/lugar/incidente o una autorización al presentar su solicitud.
- ✓ Si desea ayuda para presentar su reclamación o tiene preguntas, llame al Consejo Coordinador de Justicia Penal al 404-657-2222 ó al 800-547-0060.
- ✓ Por favor, envíe su solicitud completa a:
Georgia Crime Victims Compensation Program
104 Marietta Street NW, Suite 440
Atlanta, GA 30303

Tenga en cuenta

- ✓ Puede presentar una solicitud incluso si no se conoce el perpetrador. El levantamiento de cargos no es un requisito del programa.
- ✓ Es importante que informe al Programa si cambia de dirección o número de teléfono. También, asegúrese de proporcionar un segundo contacto que tenga una dirección o número de teléfono al que podamos enviar información sobre su reclamación o dejar mensajes para usted con respecto a la misma.
- ✓ El CVCP es el pagador de última instancia, esto significa que sus beneficios serán reducidos según el dinero que reciba de otras fuentes como consecuencia del crimen, como seguros, restitución e indemnizaciones por demandas civiles.

El CVCP sólo otorga compensación a los que cumplan todos los requisitos de elegibilidad del programa.

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN PARA VÍCTIMAS DE CRIMEN EN GEORGIA

104 Marietta Street, Suite 440 – Atlanta, GA 30303

Oficina (404) 657-2222 Fax (404) 463-7652 Llamada gratis (800) 547-0060 TTY (404) 463-7650

Sitio Web: <http://cjcc.ga.gov/>

SECCIÓN 1. INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA / TESTIGO

Favor de proporcionar información sobre la persona que fue testigo de un crimen violento o que se lesionó o murió como resultado de un crimen violento.

Nombre de la víctima o del testigo (Apellido, Nombre, Inicial del sdo. nombre)		Fecha de nacimiento (MM/DD/AA) / /	Número de Seguro Social	
Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Raza (opcional) <input type="checkbox"/> Asiático/Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otra _____			
Dirección de domicilio (incluya # de apartamento)		Ciudad	Estado	Código postal
El mejor teléfono para contactarlo	Número de teléfono alternativo	Dirección de correo electrónico (Marque la casilla si desea que toda la correspondencia del programa le llegue por correo electrónico) <input type="checkbox"/>		
Marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Víctima/Testigo que tenía un trabajo remunerado en el momento del crimen <input type="checkbox"/> Víctima/Testigo discapacitado(a) antes crimen <input type="checkbox"/> Víctima/Testigo no pudo trabajar debido al crimen				
Suministre la(s) fecha(s) en que la víctima/testigo estuvo sin empleo debido al crimen:				

SECCIÓN 2. INFORMACIÓN DEL CONTACTO PERSONAL SECUNDARIO

Esta persona de contacto debe ser una persona que tenga una dirección o teléfono donde podamos enviar información sobre su reclamación o dejarle información sobre su reclamación.

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del sdo. nombre)	El mejor número de teléfono para contactarlo	Número de teléfono alternativo	
Dirección de domicilio (incluya # de apartamento)	Ciudad	Estado	Código postal

SECCIÓN 3. BENEFICIOS SOLICITADOS

Complete esta sección marcando todos los beneficios que está solicitando. Es posible que el programa le pida más información después que reciba la solicitud.

<input type="checkbox"/> Médicos Incluya sus facturas detalladas con su solicitud.	<input type="checkbox"/> Salarios perdidos Incluya talones de pago por un mínimo de 60 días antes del crimen.	<input type="checkbox"/> Pérdida de manutención Incluya talones de pago por un mínimo de 60 días antes del crimen y prueba de manutención.	<input type="checkbox"/> Asesoría Incluya sus facturas detalladas con su solicitud.	<input type="checkbox"/> Funeral/Entierro Incluya sus facturas detalladas y certificado de defunción con su solicitud.	<input type="checkbox"/> Limpieza del sitio del crimen Incluya sus facturas detalladas con su solicitud.
Si está presentando una solicitud por salarios perdidos, no se le puede reembolsar si le pagaron vacaciones, licencia por enfermedad, discapacidad o compensación del trabajador mientras estuvo fuera del trabajo debido a circunstancias relacionadas con el crimen. Si califica, sólo se le puede reembolsar el tiempo que faltó al trabajo sin pago.					
Marque si ha solicitado o presentado: <input type="checkbox"/> Restitución <input type="checkbox"/> Demanda civil					

SECCIÓN 4. INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

Complete esta sección si está presentando una solicitud en nombre de la víctima fallecida, una víctima menor de edad, una víctima adulta discapacitada o si usted no es la víctima pero está pagando las facturas.

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del sdo. nombre)	Fecha de nacimiento (MM/DD/YY) / /	Número de Seguro Social	
Dirección de domicilio (incluya # de apartamento)	Ciudad	Estado	Código postal
Parentesco con la víctima o el testigo	El mejor número de teléfono para contactarlo	Número de teléfono alternativo	

SECCIÓN 5. INFORMACIÓN DEL CRIMEN

Incluya junto con su solicitud una copia del informe de la policía, servicios de protección de menores, los tribunales, autoridades médicas o alguna otra autoridad gubernamental oficial.

Lugar del crimen	Condado del crimen	Fecha del crimen	Fecha en que se informó el crimen
Tipo de crimen reportado	Agencia a la que informó el crimen	Nombre del Oficial/Detective	
Nombre del perpetrador	Número de caso de la autoridad policial		

SECCIÓN 6. INFORMACIÓN DEL SEGURO		Sírvese proporcionar información sobre cualesquier beneficios de seguros, Medicaid o Medicare que tenga a su disposición. Si tiene seguro, envíe una copia de su tarjeta con la solicitud.			
Marque si ha solicitado: <input type="checkbox"/> Compensación del Trabajador <input type="checkbox"/> Beneficios del Seguro Social <input type="checkbox"/> Otro _____					
Nombre de la compañía de seguro principal		Número de póliza		Número de póliza	
Dirección			Ciudad	Estado	Código postal
Nombre de la compañía de seguro secundaria		Número de póliza		Número de póliza	
Dirección			Ciudad	Estado	Código postal

SECCIÓN 7. INFORMACIÓN DE REFERENCIA		Sírvese decirnos quien lo refirió al Programa de Compensación para Víctimas de Crimen.			
Nombre de la agencia u oficina que lo refirió			Nombre de la persona de contacto de la agencia u oficina que lo refirió		

ACEPTACIÓN DEL ACUERDO DE SUBROGACIÓN	
Sírvese leer detenidamente, una copia de este descargo firmado se considerará igual que si fuera el original.	
<p>Por la presente acepto que si la Junta de Compensación para Víctimas de Crimen en Georgia me otorga dinero, en consideración de dicha concesión, le cedo, transfiero y subrogo a la Junta todos los derechos, reivindicaciones, intereses y derechos de acción, en la medida de la concesión de la Junta, que yo pueda tener en contra de otras partes o entidades que puedan estar obligadas a indemnizarme a mí por las lesiones o daños que constituyen la base para esta solicitud. También certifico que hasta la fecha, no he recibido ninguna compensación, excepto como se indica en este formulario.</p>	
_____	_____
Firma de Víctima/Testigo/Reclamante (Se requiere firma original)	Fecha

ACEPTACIÓN DE DIVULGACIÓN DE HISTORIAL MÉDICO Y ANTECEDENTES PENALES	
Sírvese leer detenidamente, una copia de este descargo firmado se considerará igual que si fuera el original.	
<p>Se investigarán antecedentes penales para todas las víctimas, testigos y reclamantes de 18 años de edad y mayores. Por la presente autorizo y entiendo que un informe de antecedentes penales será analizado para determinar la elegibilidad para el Programa de Compensación para Víctimas de Crimen en Georgia. Autorizo a cualquier hospital, médico, centro médico, aseguradora o cualquier otra persona o agencia del orden público que tenga conocimiento en relación con mi reclamación a proporcionar información a la Junta de Compensación para Víctimas de Crimen en Georgia. Si se solicita la asistencia psiquiátrica, es posible que se requiera un formulario de autorización por separado.</p>	
_____	_____
Firma de Víctima/Testigo/Reclamante (Se requiere firma original)	Fecha

RECONOCIMIENTO DE ENTENDIMIENTO	
Sírvese leer detenidamente, una copia de este reconocimiento se considerará igual que si fuera el original.	
<p>Por la presente reconozco que el Programa de Compensación para Víctimas de Crimen en Georgia sólo otorgará compensación si se cumplen todos los requisitos de elegibilidad del programa; también reconozco que el Programa de Compensación para Víctimas de Crimen en Georgia no es un programa de beneficios por derecho, y es el pagador de última instancia, esto significa que mis beneficios serán reducidos según el dinero que reciba de cualquier otra fuente como resultado del crimen, como seguros, restitución, y las indemnizaciones por demandas civiles.</p>	
_____	_____
Firma de Víctima/Testigo/Reclamante (Se requiere firma original)	Fecha