


WISCONSIN

SOLICITUD PARA BENEFICIOS COMPENSACIÓN PARA LAS VÍCTIMAS DEL DELITO

La solicitud puede ser llenada por, o en nombre de, una persona que sufrió una lesión o que murió como resultado del delito. El Programa puede ayudar con ciertos gastos como gastos médicos o de salud mental u otras pérdidas directamente relacionadas con el delito. El Programa **no puede** reembolsar pérdidas de bienes personales incluyendo dinero en efectivo ni daños morales.

QUE HACER - GUARDE ESTA HOJA PARA SU REFERENCIA

- **POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE.** Es necesario llenar una solicitud distinta por cada víctima lesionada.
- Incluya copias **detalladas** de los gastos médicos que están relacionados con el delito. Envíe el resto de las facturas en cuanto las reciba. Este Programa requiere que las facturas sean detalladas.
- Facturas medicas relacionadas con el delito deben ser enviadas a todas la otras fuentes disponibles, por ejemplo al seguro medico, Asistencia Médica, Badger Care o cualquier otra fuente. Debe usar un proveedor medico que acepte su plan de seguro. Si tales fuentes no se usan, puede ser que el Programa no pueda reembolsar estos gastos.
- Este Programa puede pagar gastos incurridos dentro de 4 años desde la fecha del delito o hasta que el reclamo llegue al máximo de \$40,000, dependiendo de cual ocurra primero.
- Envíe la solicitud al Programa de Compensación para las Víctimas del Delito lo antes posible. **No** espere hasta que termine el tratamiento o el juicio.
- Envíe la solicitud para el Programa de Compensación para las Víctimas del Delito a la dirección indicada al fondo de esta página. El Programa le enviará una carta, o si pedido, un correo electrónico, al solicitante confirmando que se recibió la solicitud. Avise al Programa de cualquier cambio en su dirección, correo electrónico o número de teléfono. Si tiene alguna pregunta, llame al (608) 264-9497 o al 1-800-446-6564.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

Elegibilidad del Programa de compensación para las Víctimas del Delito:

- El delito debe ser denunciado a la policía dentro de 5 días del incidente o dentro de 5 días del momento en que razonablemente se podría haber denunciado el delito.
- La solicitud se debe entregar al Programa dentro de 1 año después de la fecha del delito.
- Existen circunstancias muy limitadas en las que se puede hacer una excepción a los requisitos de elegibilidad. Si el delito no fue denunciado dentro de 5 días o si la solicitud no fue entregada dentro de 1 año después de la fecha del incidente, incluya una carta explicando la demora.
- La víctima debe cooperar con la investigación y el juicio.
- Debe pedir la restitución a la Oficina de Fiscalía si la Oficina de Fiscalía ha expedido un cargo criminal. Provea toda la información para la resituación que sea requerida a la Oficina de Fiscalía.
- Padres de víctimas menores de 18 años pueden ser elegibles para reembolso de salarios pedidos y costos de consejería incurridos debido al delito. Existen límites y se requieren las facturas detalladas o documentos.
- Adultos victimizados como niños pueden aplicar para recibir beneficios. El programa puede cubrir gastos elegibles por cuatro años o de un máximo de \$40,000. Otros requisitos de elegibilidad aun aplican.

AVISO: Si se aprueba la reclamación, el Programa quizás pueda ayudar a ciertos miembros de la familia de la víctima fallecida con las pérdidas debido a reacciones emocionales/físicas a la muerte. Para más información comuníquese con el Programa de Compensación a las Víctimas del Delito.

- Cualquier dinero que se reciba de otras fuentes como la restitución, una demanda civil, acuerdos del seguro, etc. **deben ser reembolsados** al Programa para cubrir los gastos del crimen que ya fueron pagados por el Programa.

Wisconsin Department of Justice
Crime Victim Compensation Program
Post Office Box 7951
Madison, WI 53707-7951
(608) 264-9497 ó 1-800-446-6564 (Línea gratis)
www.doj.state.wi.us/ocvs

*Toda la información será verificada a por El Programa de Compensación para las Víctimas del Delito.
Sección 949.17 de las estatutas de Wisconsin estipula penas para las personas que presenten solicitudes fraudulentas.*

	WISCONSIN	<h1 style="margin: 0;">SOLICITUD PARA COMPENSACIÓN A LAS VÍCTIMAS DEL DELITO</h1> <p style="margin: 0;">PO Box 7951 Madison, WI 53707-7951 (608) 264-9497 ó 1-800-446-6564 (Línea gratis) WI Estatutos Capítulo 949</p>	CLAIM NO: _____ DATE RECEIVED: _____
			(Para uso exclusivo de la Oficina)

POR FAVOR ASEGÚRESE DE FIRMAR LA SOLICITUD EN LA ÚLTIMA PÁGINA
 LA SOLICITUD SE DEBE ENTREGAR AL PROGRAMA DENTRO DE 1 AÑO DESPUÉS DE LA FECHA DEL INCIDENTE

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA/VÍCTIMA FALLECIDA

1. Nombre de la víctima		Apellido de la víctima		2. <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> _____		3. Fecha de Nacimiento (MM-DD-AA)	
4. Últimos cuatro dígitos del número de seguro social de la víctima XXX-XX-_____		5. Dirección		Edad al momento del delito <input type="checkbox"/> 0-12 <input type="checkbox"/> 13-17 <input type="checkbox"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 25-59 <input type="checkbox"/> 60 y mayores			
6. Ciudad		7. Estado		8. Código postal		9. Condado	
10. Teléfono de Casa ()		11. Teléfono de Celular ()		12. Correo Electrónico		Prefiero ser contactado por correo electrónico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
13. Está la víctima siendo representada por un abogado personal debido a este delito: ¿Para completar esta solicitud? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿En una demanda civil? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿En una acción con el seguro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		14. Nombre del Abogado		Teléfono ()		¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Por favor especifique el idioma: _____	
		Dirección		Correo Electrónico			
		Ciudad		Estado			
15. La siguiente información de la víctima es usada solamente para propósitos estadísticos y es solicitada para cumplir con las regulaciones federales							
A. Discapacitado		B. Raza/Etnicidad:					
Antes del Delito: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico		<input type="checkbox"/> Asiático			
Después del Delito: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano		<input type="checkbox"/> Hispano			
		<input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Multirracial			
		<input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo/Otro de las Islas del Pacifico		<input type="checkbox"/> Otro			
C. ¿Cómo se enteró del Programa de Compensación? (Marque todas las que apliquen)							
<input type="checkbox"/> Policía		<input type="checkbox"/> Abogado		<input type="checkbox"/> Libertad condicional		<input type="checkbox"/> Amigo	
<input type="checkbox"/> Fiscal de Distrito		<input type="checkbox"/> Programa de Asalto Sexual		<input type="checkbox"/> Periódico		<input type="checkbox"/> Familiar	
<input type="checkbox"/> Programa Víctima /Testigo		<input type="checkbox"/> Programa de Abuso Doméstico		<input type="checkbox"/> Director Funeraria		<input type="checkbox"/> Hospital	
						<input type="checkbox"/> Afiche ó Folleto	
						<input type="checkbox"/> Anuncio de Servicio Público	
						<input type="checkbox"/> Otro	

SECCIÓN 2A: INFORMACIÓN DE PADRES/TUTORES LEGALES SI LA VÍCTIMA ES MENOR; O INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL SOLICITANTE SI LA VÍCTIMA HA FALLECIDO.

1. Nombre de la persona		Fecha de Nacimiento		2. Relación con la víctima	
3. Dirección		4. Ciudad		5. Estado	
				6. Código postal	
7. Teléfono de Casa ()		8. Teléfono de Celular ()		9. Correo Electrónico	
				Prefiero ser contactado por correo electrónico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

SECCION 2B: ESTA SECCIÓN ES PARA PROFESIONALES QUE AYUDAN A LA VÍCTIMA A COMPLETAR ESTA SOLICITUD.

1. Nombre		2. Organización/Título		3. Teléfono del Trabajo ()	
4. Dirección		5. Correo Electrónico		6. Contacto alternativo para la víctima <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN SOBRE EL DELITO

1. Tipo de delito (Marque todas las que apliquen)

<input type="checkbox"/> Homicidio	<input type="checkbox"/> Violencia Doméstica	<input type="checkbox"/> Atropellado por conductor que huyó	<input type="checkbox"/> Conductor Embriagado/ DUI
<input type="checkbox"/> Intento de Homicidio	<input type="checkbox"/> Abuso físico de un menor	<input type="checkbox"/> Abuso Sexual	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Agresión Física/Lesiones	<input type="checkbox"/> Abuso sexual de un menor	<input type="checkbox"/> Robo	_____

¿El delito involucró? Violencia Domestica Bullying Maltrato a personas mayores Crimen de Odio Violencia masiva

2. Lugar del delito: Dirección	3. Ciudad	4. Estado	Código Postal	5. Condado
--------------------------------	-----------	-----------	---------------	------------

6. Fecha del delito	7. Fecha de denuncia del delito	8. Estación de policía en cual denunció el delito	Nombre del Oficial de Policía
---------------------	---------------------------------	---	-------------------------------

Si la fecha del delito es aproximada, provea detalles.

9. Nombre(s) del agresor(s):

10. ¿La víctima conocía a el/los agresor(es)? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cómo?

Descripción del delito (opcional):

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DE GASTOS MÉDICOS Y/O DE LA SALUD MENTAL

1. Nombre y dirección del centro médico donde fue atendido por primera vez:	2. Fecha en que fue atendido (MM-DD-AA):
---	--

3. ¿Recibió o recibirá tratamiento de salud mental? ¿La víctima? Sí No No sabe ¿El padre de la víctima? Sí No No sabe

SECCIÓN 5: OTROS GASTOS

Servicios de cuidado doméstico \$ _____ Limpieza de la escena del crimen documentada \$ _____
 Asegurar escena del delito \$ _____ Modificaciones al hogar debido a una discapacidad \$ _____
 Ropa/Ropa de cama/teléfono/dispositivos electrónicos retenidos como evidencia y de valor razonable para reemplazar cada uno:
 _____ \$ _____ _____ \$ _____
 _____ \$ _____ _____ \$ _____

SECCIÓN 6: INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS Y BENEFICIOS

1. ¿Tenía seguro u otra fuente de pago para cubrir los gastos al momento del delito? Sí No

Por favor, incluya copias de las cuentas detalladas relacionadas al delito y la explicación de beneficios del seguro médico.

2. Marque todos los que apliquen:

<input type="checkbox"/> Empleador/Sindicato	<input type="checkbox"/> Compensación del empleado	<input type="checkbox"/> Asistencia Médica/Título 19	<input type="checkbox"/> Seguro de Vivienda
<input type="checkbox"/> Beneficios de Veterano	<input type="checkbox"/> Asistencia del Condado	<input type="checkbox"/> Seguro de la Víctima/Conyugue/Padres	<input type="checkbox"/> Badger Care
<input type="checkbox"/> Demanda Civil	<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Otro (describa) _____

SECCIÓN 7: DELITOS INVOLUCRANDO AUTOMÓVILES

¿Tenía la víctima seguro de automóvil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Nombre de la compañía y límites de la póliza:
¿Tenía el conductor seguro de automóvil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Nombre de la compañía y límites de la póliza:
¿Tenía el agresor seguro de automóvil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Nombre de la compañía y límites de la póliza:

SECCIÓN 8: INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Complete esta sección **SOLAMENTE** si estaba empleado/a al momento de la lesión.

1a. ¿La víctima o la víctima fallecida perdió tiempo de trabajo inmediatamente después del delito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	2a. ¿La víctima/el padre es empleado independiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
1b. ¿El padre o solicitante de la víctima menor de edad o de la víctima fallecida perdió tiempo de trabajo inmediatamente después del delito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	2b. ¿Podemos contactar a su empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

3. Fechas en que estuvo ausente del trabajo debido a las lesiones: Desde _____ Hasta _____

4. Nombre del Empleador	5. Teléfono del Empleador ()		
6. Dirección del Empleador	7. Ciudad	8. Estado	9. Código de área

SECCIÓN 9: GASTOS FUNERARIOS

1. Nombre de la funeraria		2. Dirección	
3. Ciudad	4. Estado	5. Código postal	6. Teléfono ()

SECCIÓN 10: SEGURO DE VIDA

Seguro de Vida Si No No sabe Cantidad: \$ _____ Beneficiario _____

SECCIÓN 11: PERSONAS QUE DEPENDIAN FINANCIERAMENTE DE LA VÍCTIMA AL MOMENTO DE SU MUERTE

Primer nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento (MM-DD-AA)	Relación con la víctima

SECCIÓN 12: ACUERDO Y AUTORIZACIÓN**ACUERDO**

- Con mi firma certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta.
- Certifico que los pagos de las facturas pueden ser hechos directamente a quienes se les deben.
- Entiendo que el Programa de Compensación reembolsa por gastos no cubiertos por ninguna otra fuente.
- Estoy de acuerdo en notificar al Programa de Compensación para Víctimas de Delito en el caso de presentar una demanda civil.
- Estoy de acuerdo en reembolsar al Programa de Compensación el dinero pagado por el Programa en el caso de recibir dinero de otra fuente.
- Estoy de acuerdo en reembolsar al Programa de Compensación la totalidad del dinero pagado por el Programa si este reclamo es encontrado falso o fraudulento.

AUTORIZACIÓN

Autorizo y solicito a cualquier persona que tenga información necesaria para que mi reclamo sea procesado por el Programa de Compensación para Víctimas, a que entregue esa información al Departamento de Justicia del Estado de Wisconsin. Eso incluye, pero no se limita a todos los registros que me conciernen de las siguientes entidades: agencias de mantenimiento de menores; médicos y hospitales privados y gubernamentales; todas las entidades de facturación; policía local, estatal y federal, fiscalías y personal del tribunal federal; cualquier empleador(es), programa de seguro de compensación por desempleo, programa de compensación a trabajadores; y cualquier empresa privada o agencia gubernamental que está proporcionando o puede proporcionar beneficios médicos o monetarios. Una fotocopia o facsímil de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.

Autorizo al Programa de Compensación para Víctimas de Delito a entregar copias de las facturas médicas relacionadas con el crimen e información sobre salario a la Oficina del Fiscalía para determinación y documentación de la restitución. Certifico que entiendo y estoy de acuerdo con lo anteriormente declarado.

Firma de la Víctima o Persona Solicitante Autorizado (vea abajo)

Fecha

La **víctima** debe firmar y fechar la solicitud. Si la víctima es menor de 18, los **padres** o **tutor legal** deben firmar y fechar la solicitud. Si la víctima falleció o es un adulto incapacitado, el **solicitante** o **representante legal** debe firmar y fechar la solicitud.

ENVÍE ESTA SOLICITUD COMPLETA A:

**Wisconsin Department of Justice
Crime Victim Compensation Program
Post Office Box 7951
Madison, WI 53707-7951
FAX (608) 264-6368
Correo electrónico: ocvs@doj.state.wi.us**

**PARA ASISTENCIA LLAME: En Madison (608) 264-9497
Línea gratuita 1-800-446-6564**