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 envidas 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 victimas menores de 18 años pueden ser elegibles para rembolso 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 estatuas de Wisconsin estipula penas para las personas que presenten solicitudes fraudulentas.***

WISCONSIN

# SOLICITUD PARA COMPENSACIÓN A LAS VÍCTIMAS DEL DELITO

PO Box 7951
Madison, WI 53707-7951
(608) 264-9497 ó 1-800-446-6564 (Línea gratis)

**WI Estatutos Capítulo 949**

**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. ☐Mujer ☐Hombre ☐_____ | 3. Fecha de Nacimiento (MM-DD-AA) |
|---|---|---|
| | | _____ |

| 4. Últimos cuatro dígitos del número de seguro social de la víctima<br>XXX-XX-___ ___ ___ ___ | 5. Dirección | Edad al momento del delito<br>☐ 0-12 ☐ 13-17 ☐ 18-24<br>☐ 25-59 ☐ 60 y mayores |
|---|---|---|

| 6. Ciudad | 7. Estado | 8. Código postal | 9. Condado |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 10. Teléfono de Casa<br>( ) | 11. Teléfono de Celular<br>( ) | 12. Correo Electrónico | Prefiero ser contactado por correo electrónico ☐ Si ☐ No |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 13. Está la víctima siendo representada por un abogado personal debido a este delito: | 14. Nombre del Abogado | Teléfono<br>( ) | |
|---|---|---|---|
| ¿Para completar esta solicitud? ☐ Si ☐ No | Dirección | Correo Electrónico | |
| ¿En una demanda civil? ☐ Si ☐ No | | | |
| ¿En una acción con el seguro? ☐ Si ☐ No | Ciudad | Estado | Código postal |

15. ***La siguiente información de la víctima es usada solamente para propósitos estadísticos y es solicitada para cumplir con las regulaciones federales***

A. Discapacitado
Antes del Delito: ☐ Si ☐ No
Después del Delito: ☐ Si ☐ No

B. Raza/Etnicidad:
☐ Blanco/Caucásico ☐ Asiático
☐ Negro/Afroamericano ☐ Hispano
☐ Indio Americano/ Nativo de Alaska ☐ Multirracial
☐ Hawaiano Nativo/Otro de las Islas del Pacifico ☐ Otro

¿Necesita un intérprete?
☐ Si ☐ No

Por favor especifique el idioma:
_____

C. ¿Cómo se enteró del Programa de Compensación? (Marque todas las que apliquen)

☐ Policía ☐ Abogado ☐ Libertad condicional ☐ Amigo ☐ Afiche ó Folleto
☐ Fiscal de Distrito ☐ Programa de Asalto Sexual ☐ Periódico ☐ Familiar ☐ Anuncio de Servicio Público
☐ Programa Víctima /Testigo ☐ Programa de Abuso Doméstico ☐ Director Funeraria ☐ Hospital ☐ 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 | 2. Fecha de Nacimiento | 3. Relación con la víctima | |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 4. Dirección | 5. Ciudad | 6. Estado | 7. Código postal |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 8. Teléfono de Casa<br>( ) | 9. Teléfono de Celular<br>( ) | 10. Correo Electrónico | Prefiero ser contactado por correo electrónico ☐ Si ☐ 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<br>( ) |
|---|---|---|
| | | |

| 4. Dirección | 5. Correo Electrónico | 6. Contacto alternativo para la víctima<br>☐ Si ☐ No |
|---|---|---|
| | | |

## SECCIÓN 3: INFORMACIÓN SOBRE EL DELITO

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

☐ Homicidio ☐ Violencia Doméstica ☐ Atropellado por conductor que huyó ☐ Conductor Embriagado/ DUI
☐ Intento de Homicidio ☐ Abuso físico de un menor ☐ Abuso Sexual ☐ Otro _____
☐ Agresión Física/Lesiones ☐ Abuso sexual de un menor ☐ 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 | 5.Código postal | 6. Condado |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 7. Fecha del delito | 8. Fecha de denuncia del delito | 9. Estación de policía en cual denunció el delito | Nombre del Oficial de Policía |
|---|---|---|---|
| | | | |

Si la fecha del delito es aproximada, provea detalles.

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

11. ¿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? ☐ Si ☐ No ☐ No sabe ¿El padre de la víctima? ☐ Si ☐ 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 deseabilidad $_____

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? ☐ Si ☐ 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:

☐ Empleador/Sindicato ☐ Compensación del empleado ☐ Asistencia Médica/Titulo 19 ☐ Seguro de Vivienda
☐ Beneficios de Veterano ☐ Asistencia del Condado ☐ Seguro de la Víctima/Conyugue/Padres ☐ Badger Care
☐ Demanda Civil ☐Discapacidad ☐ Medicare ☐ Otro (describa) _____

## SECCIÓN 7: DELITOS INVOLUCRANDO AUTOMÓVILES

| | |
|---|---|
| ¿Tenía la víctima seguro de automóvil? ☐ Si ☐ No ☐ No sabe | Nombre de la compañía y límites de la póliza: |
| ¿Tenía el conductor seguro de automóvil? ☐ Si ☐ No ☐ No sabe | Nombre de la compañía y límites de la póliza: |
| ¿Tenía el agresor seguro de automóvil? ☐ Si ☐ No ☐ No sabe | Nombre de la compañía y límites de la póliza: |

## SECCIÓN 8: INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

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

1a. ¿La victima o la victima fallecida perdió tiempo de trabajo inmediatamente después del delito?
☐ Si ☐ No ☐ No sabe

1b. ¿El padre o solicitante de la victima menor de edad o de la victima fallecida perdió tiempo de trabajo inmediatamente después del delito?
☐ Si ☐ No ☐ No sabe

2a. ¿La víctima/el padre es empleado independiente?
☐ Si ☐ No

2b. ¿Podemos contactar a su empleador?
☐ Si ☐ 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 postal |
|---|---|---|---|
| | | | |

## 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 **victima** 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**