



Junta de Compensación para Víctimas de Delitos - Formulario de Compensación para Víctimas de
Delitos 500 Mero Street, Frankfort, KY 40601
crimevictims@ky.gov
502-782-8255

Este formulario debe estar escrito, mecanografiado o impreso de forma legible y debe estar firmado. No se considerarán los envíos incompletos.
Todas las respuestas pueden complementarse con páginas explicativas adicionales. Tiene derecho a contratar, a su propio cargo, un abogado que lo represente y le asista en su reclamación.

Sección 1: Información de la víctima

Nombre de la víctima: _____ Número de Seguro Social o identificación gubernamental: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Masculino ____ Femenino ____ Edad en el momento del delito ____

Teléfono #: (Principal) _____ (Otro) _____

Correo electrónico: _____

Dirección actual: _____

Dirección en el momento del delito (si es diferente a la anterior): _____

Sección 2: Información del reclamante (si es diferente a la víctima)

Nombre del reclamante: _____ Número de Seguro Social o identificación gubernamental: _____

Relación con la víctima _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Teléfono #: (Principal) _____ (Otro) _____

Correo electrónico: _____

Dirección actual: _____

Dirección en el momento del delito (si es diferente a la anterior): _____

Si no era la víctima, ¿vivía con ella en el momento del delito? Sí ____ No ____

Sección 6: Información sobre incidentes delictivos

Fecha del incidente ____/____/____ Hora del incidente __:__ am/pm

Lugar donde ocurrió el incidente: _____

(Sea específico para poder proporcionar la ubicación exacta)

Fecha del informe ____/____/____ Reportado a: _____

(Agencia de aplicación de la ley)

Describe el incidente:

Describe cualquier lesión:

Información del delincuente

1) Nombre del infractor: _____

¿Se acusó al infractor de algún delito? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, ¿cuál es el cargo? _____

Nombre de la corte: _____

2) Nombre del infractor: _____

¿Se acusó al infractor de algún delito? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, ¿cuál es el cargo? _____

Nombre de la corte: _____

3) Nombre del infractor: _____

¿Se acusó al infractor de algún delito? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, ¿cuál es el cargo? _____

Nombre de la corte: _____

Sección 7: Gastos

Cada gasto debe enumerarse a continuación para que se considere. Cada uno debe ser consecuencia directa del delito, y la documentación debe incluir la fecha, el tipo y el cargo por el servicio. Si necesita más espacio, adjunte una página aparte. Debe incluir la documentación. del gasto, tales como facturas detalladas, recibos, contratos de servicios, facturas u otro comprobante de pago y/o saldo adeudado. Los premios totales no excederán los \$50,000.

7a. Gastos médicos

Nombre del proveedor	Importe total Cargado	Monto del seguro Cubierto	Reclamante/Víctima Fuera de bolsillo	Saldo actual

7b. Gastos de salud mental (No excederán de dos (2) años)

Nombre del proveedor	Importe total Cargado	Monto del seguro Cubierto	Reclamante/Víctima Fuera de bolsillo	Saldo actual

7c. Gastos funerarios (Indemnización máxima: \$10,000)

Nombre del proveedor	Importe total Cargado	Cantidad Seguro, Donaciones, o Otra fuente Cubierto	Reclamante/Víctima Fuera de bolsillo	Saldo actual

Beneficios disponibles y montos:

Seguro de vida: \$ _____

Compensación laboral: \$ _____

Seguro funerario/de entierro: \$ _____

Seguridad social: \$ _____

Bienes: \$ _____

Donaciones (incluidos sitios web de financiación colectiva): \$ _____

Otro: \$ _____

•

7d. Gastos de reubicación (Premio máximo: \$2,000)

Nombre del proveedor	Descripción	Total Cantidad Cargado	Cantidad Cubierto por Otras fuentes	Reclamante/Víctima Pagado de Bolsillo	Actual Balance
	Gastos de mudanza				
	Depósito de seguridad				
	1er pago de hipoteca/1er mes de alquiler				
	Depósito de servicios públicos/Servicios públicos del primer mes				
	Otro				

Motivo de la reubicación:

Otras personas a reubicar:

1. Nombre2.

Nombre3.

Nombre4.

Nombre

7e. Gastos de vivienda temporal

Nombre del proveedor	Descripción (Residencia, Hotel, etc.)	Total Cantidad Cargado	Cantidad Cubierto por Otras fuentes	Reclamante/Víctima Pagado de Bolsillo	Actual Balance
	Alojamiento				
	Necesidades de la vida diaria				
	Otro				

Motivo del alojamiento temporal:

Otras personas para albergar temporalmente:

1. Nombre2.

Nombre3.

Nombre4.

Nombre

7f. Eliminación de tatuajes (solo para casos de trata de personas) (Premio máximo: \$4,000)

Nombre del proveedor	Importe total Cargado	Monto cubierto por otras fuentes	Reclamante/Víctima Pagada De su bolsillo	Saldo actual

7g. Reembolso por Artículos Incautados por la Policía como Prueba de un Delito (Indemnización máxima: \$500 por artículo)

Nombre del proveedor	Descripción del artículo	Compra Precio	Cantidad cubierta por otras fuentes (seguros, donaciones, etc.)	Actual Balance

7 h. Reemplazo/Reparación de ventanas y cerraduras (Premio máximo: \$1,500)

Nombre del proveedor	Tipo de artículo	Total Cantidad Cargado	Cantidad Cubierto por Otras fuentes	Reclamante/Víctima Pagado de Bolsillo	Actual Balance

7i. Prácticas de rehabilitación o bienestar (Premio máximo: \$1,000 por año, sin exceder dos (2) años)

Nombre del proveedor	Importe total cobrado	Monto cubierto por Otras fuentes	Reclamante/Víctima Pagado de su bolsillo	Actual Balance

7j. Gastos relacionados con procedimientos judiciales

Nombre del proveedor	Descripción	Total Cantidad Cargado	Cantidad Cubierto por Otras fuentes	Reclamante/Víctima Pagado de Bolsillo	Actual Balance
	Alojamiento				
	Viajar				
	Aparcamiento				
	Comidas				
	Otro				

7000. Gastos relacionados con agresión sexual ocurrida hace más de diez (10) años (Indemnización máxima: \$5000)

Nombre del proveedor	Importe total cobrado	Cantidad Cubierto por Otro Fuentes	Reclamante/Víctima Pagado de su bolsillo	Saldo actual

Sección 8. Información del Gobierno Federal (opcional/solo para uso estadístico)

Grupo étnico (víctima)

Caucásico

Afroamericano Indio

americano o nativo de Alaska Hispano/Latino

Multirracial Asiático

Nativo

hawaiano/

Otro isleño del Pacífico

Otro

¿Es usted (marque todas las que correspondan)?

Ciudadano

estadounidense

Discapacitado Residente de Kentucky

¿Quién le refirió al programa de compensación?

Abogado

FBI

Amigo

Funeraria

Hospital

Juez

Aplicación de la ley

Defensor de víctimas de las fuerzas del orden

Otro

Padre

Fiscal

Fiscal Defensor de Víctimas

¿Es esto un delito federal?

Sí

No

Sección 9. Restitución y demanda civil

¿La víctima o el reclamante ha presentado o planea presentar una demanda civil relacionada con las lesiones recibidas como resultado del delito? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo:

Nombre del abogado: _____

Dirección del abogado: _____

Teléfono del abogado: _____ Correo electrónico del abogado: _____

¿Al infractor se le ha ordenado por un tribunal pagar una indemnización a la víctima o al demandante? ☐ Sí ☐ No

Si es así: Monto: \$ _____ ¿Cómo se pagará?: _____

¿Ha recibido la víctima alguna de la restitución ordenada? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo: Cantidad: \$ _____

Sección 10. Autorización y subrogación

Por la presente certifico, sujeto a pena, multa o prisión, que la información contenida en este formulario y todos los anexos es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

SUBROGACIÓN: En consideración al pago recibido de la Junta de Compensación para Víctimas de Delitos, en caso de obtener una indemnización por daños y perjuicios del infractor o de cualquier otra fuente pública o privada como resultado de las lesiones o el fallecimiento que motivaron mi solicitud de indemnización del fondo, acepto reembolsar dicha cantidad hasta el monto total recibido del fondo. Entiendo que la indemnización de cualquier otra fuente pública o privada incluye, entre otras cosas, la recepción de seguros, Medicare, Medicaid, Compensación Laboral, prestaciones por discapacidad, etc. Asimismo, acepto y entiendo que ninguna parte de la indemnización adeudada a la Junta de Compensación para Víctimas de Delitos podrá verse disminuida por cargos de cobro ni por ningún otro motivo.

Si decido obtener una indemnización por daños y perjuicios o una compensación por las lesiones o la muerte de cualquier fuente, me comprometo a notificar de inmediato a la Junta de Compensación para Víctimas de Delitos mediante el envío de copias de mis alegatos, propuestas de acuerdo y cualquier otro documento relacionado. Asimismo, me comprometo a cooperar plenamente con la Junta si esta decide iniciar una acción legal contra cualquier persona o entidad para recuperar la totalidad o parte de la compensación que recibí del fondo.

AUTORIZACIÓN MÉDICA/PSIQUIÁTRICA/EMPLEO: Por la presente autorizo a cualquier hospital, médico, director de funeraria, empleador, compañía de seguros, oficina de servicios sociales, oficina del Seguro Social, consejero o centro de salud mental, o cualquier otra persona o empresa, a divulgar toda la información solicitada por la Junta de Compensación para Víctimas de Delitos. Entiendo y reconozco que mi salud mental
Mis registros médicos pueden contener observaciones confidenciales, información sobre abuso de drogas o alcohol, estado de VIH u otros datos personales. Además, acepto y eximo de toda responsabilidad a cualquier hospital, médico, funeraria, empleador, compañía de seguros, oficina de servicios sociales, oficina del Seguro Social, consejero o centro de salud mental, o a cualquier miembro del personal, por la divulgación de estos registros.

SU FIRMA: _____ FECHA: _____

Nombre del abogado*: _____ DIRECCIÓN: _____

Teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Firma del abogado: _____ Fecha: _____

*No es necesario que un abogado le asista al presentar su solicitud. Sin embargo, si un abogado le asiste, este también debe firmar la solicitud.

