

**APLICACION PARA COMPENSACION DE VICTIMAS DE CRIMEN  
CRIME VICTIM COMPENSATION APPLICATION**

*Solo Para Uso de La Oficina*

For Office Use Only

Departamento de Salud Comunitaria de Michigan

Claim Number / Numero de Reclamo
Other / Otro
Claim Examiner / Examinador del Reclamo

<b>AUTHORITY:</b> PA 223 of 1976 <b>Diligenciamiento:</b> <i>Es Voluntario, pero es requerido si desea La Compensación para Victmas de Crimenes.</i>	<i>El Departament of Community Health es un empleador, proveedor de servicios, y programas igualitario.</i>
---	---

**INSTRUCCIONES / INSTRUCTIONS:**

- Por favor **ESCRIBA CLARAMENTE O A MAQUINA** toda la información en esta aplicación.
- Usted **NO NECESITA** un abogado para someter un reclamo.  
Si un abogado lo representa a usted para este reclamo, el abogado **TIENE** que llenar una Carta de Presentation con esta aplicación.
- La información provista en esta forma es exempta de divulgación bajo el Acto de Libertad de Información.

- Usted tiene que firmar su nombre y colocar la fecha en la Página 4 de esta aplicación.
- Envie por correo esta aplicación a:  
**CRIME VICTIM SERVICES COMMISSION  
MICHIGAN DEPARTMENT OF COMMUNITY HEALTH  
320 S WALNUT  
LANSING, MI 48913**

Teléfono: (517) 373-7373

El fax: (517) 373-2439

**CUIDADO:** La presentación a esta comisión de información y circunstancias falsas, con el intento de defraudar o sobornar, puede ser un crimen si la compensación es otorgada.

**Sección 1 – Información de la Víctima:** *(Complete esta sección para la persona que fue herida)*

1. Nombre de la VICTIMA (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)			3. Fecha de Nacimiento	4. Número de Seguro Social
2. Dirección (Número y calle, Número de Apartamento, etc.)			5. Número de Teléfono de su Casa	
Ciudad	Estado	Código Postal	6. Número de Teléfono del Trabajo	
7. Estado Matrimonial: <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a)				8. Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

**SECCION 2 – Información del Reclamante:**

*(Complete esta sección SOLAMENTE si usted es el Padre o Guardian de una Víctima Menor O el Sobreviviente de una Víctima Fallecida)*

1. Nombre del Reclamante (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)			3. Fecha de Nacimiento	4. Número de Seguro Social
2. Dirección (Número y calle, Número de Apartamento, etc.)			5. Número de Teléfono de su Casa	
Ciudad	Estado	Código Postal	6. Número de Teléfono del Trabajo	
7. Estado Matrimonial: <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a)				8. Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
9. Su relación con la Vctima: <input type="checkbox"/> Esposo (a) <input type="checkbox"/> Padre o Madre <input type="checkbox"/> Hijo (a) <input type="checkbox"/> Hermano (a) <input type="checkbox"/> Abuelo (a) <input type="checkbox"/> Nieto (a) <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Otro				
10. Dependía usted de la víctima fallecida para: Mantenimiento Económico Primario ..... <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI    ⇨				10A. Si SI, Monto Mensual \$
Pensión o Manutención para un Hijo ..... <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI    ⇨				10B. Si SI, Monto Mensual \$

**SECTION 3 – Información sobre el Crimen:***(Complete esta sección y provea una copia del Reporte a la Policía si está disponible)*

1. Tipo de Crimen (Marque SOLAMENTE UNO)			
<input type="checkbox"/> Incendio premeditado	<input type="checkbox"/> Asalto	<input type="checkbox"/> Abuso de un Menor	<input type="checkbox"/> DWI / DUI Manejando Intoxicado
<input type="checkbox"/> Homicidio	<input type="checkbox"/> Secuestro	<input type="checkbox"/> Accidente de Vehículo Automotriz	<input type="checkbox"/> Robo
<input type="checkbox"/> Asalto Sexual	<input type="checkbox"/> Terrorismo		
<input type="checkbox"/> Otro (explique):			
2. Es la persona que causo el dano la esposa (o) de la victima, un ex-esposo (a), un individuo con quien la victima tiene un hijo en comun, o un residente o ex-residente de la casa de la víctima?			
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
3. Fecha del Crimen	4. Fecha en que el Crimen fue Reportado	5. Condado donde Ocurrió el Crimen	
6. Estación de Policía o Condado en el que el Crimen fue Reportado		7. Número del Incidente	
8. Lugar del Crimen (Número y Calle)	Ciudad	Estado	Código Postal
9. Breve Descripción del Crimen:			
_____			
_____			
10. Si el Crimen NO fue reportado a la Policía / Sheriff antes de 48 horas, por favor explique las razones de la demora:			
_____			
_____			
11. Si usted no está sometiendo este reclamo antes de 1 año del crimen, por favor explique la razón de la demora			
_____			
_____			

**SECCION 4 – Información de Restitución y Recuperación:***(Complete esta sección, provyendo toda información que usted tiene actualmente disponible)*

1. Nombre del Ofensor (es) si lo sabe			
2. El Ofensor (s) ha sido acusado en la corte?			
<input type="checkbox"/> SI (Si SI, complete las preguntas 3,4,&5) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SE			
3. Nombre de la Corte	4. Número de Caso en la Corte		
5. Dirección de la Corte	Ciudad	Estado	Código Postal
6. La corte odernó al ofensor pagarle a usted una restitución?			
<input type="checkbox"/> SI (Si SI, complete las preguntas 7,8,&9) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO			
7. Fecha de la Orden de Restitución	8. Número de Caso en la Corte	9. Monto Ordenado	
10. Usted ha sometido, o usted intenta someter una demanda civil?			
<input type="checkbox"/> SI (Si SI, complete las preguntas 11, 12, 13 & 14) <input type="checkbox"/> NO			
11. Usted ha llegado a un acuerdo sobre este caso con una tercera parte?			
<input type="checkbox"/> SI (Si SI, por favor anexe una copia del acuerdo legal) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO			
12. Nombre del Abogado	13. Número de Teléfono del Abogado		
13. Dirección del Abogado (Número y Calle, etc.)	Ciudad	Estado	Código Postal

### SECCION 5 – Información Estadística Para El Programa de Víctimas de Crímenes:

1. Por favor díganos como supo usted acerca del Programa de Compensación para Víctimas del Crimen:			
<input type="checkbox"/> Abogado Pro-secutor	<input type="checkbox"/> Poveedor Médico	<input type="checkbox"/> Abogado	<input type="checkbox"/> Propaganda, Panfleto, o Postal
<input type="checkbox"/> Policía/ Sheriff	<input type="checkbox"/> Agencia de ervicios a Víctimas	<input type="checkbox"/> Amigo/ Conocido	<input type="checkbox"/> Otro
Información de Derechos Humanos Federales: (Su respuesta a cualquiera de la siguiente información es voluntaria)			
2. Raza / Grupo Etnico		3. Si incapacitado, marque una	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> ANTES del Crimen
<input type="checkbox"/> Asiático / De las Islas Pacificas	<input type="checkbox"/> Indigena Americano	<input type="checkbox"/> Multi-racial	<input type="checkbox"/> Como RESULTADO del crimen

### SECCION 6 – Información para Determinación del Reclamo:

1. Marque el Tipo de Beneficios de Compensación que usted está Requiriendo:			
<input type="checkbox"/> Beneficios para Gastos Médicos para la Víctima	<input type="checkbox"/> Beneficios para Gastos funerales para el Sobreviviente (es)		
<input type="checkbox"/> Beneficios por Pérdida de Salario para la Víctima	<input type="checkbox"/> Beneficios por Pérdida de Soporte para el Sobreviviente (es)		
2. Ha sufrido o sufrirá una pérdida de dinero de su propio bolsillo de al menos \$200?		3. Ha perdido al menos 2 semanas continuas de salario?	
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
4. Es su herida el resultado de un asalto sexual?		5. Está usted pensionado por razones de Edad o Incapacidad?	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (ver la pregunta 6)
Provea la FECHA y Razón de su Pensionamiento si se Pensionó por Edad o Incapacidad?			

### SECCION 7 – Información Sobre Gastos que Usted ha Pagado:

*(Complete esta sección SOLAMENTE si usted está aplicando para gastos Médicos, Dentales, Consejería, o Funeral)*

**¡IMPORTANTE!** Por favor anexe todos los recibos ítemizados disponibles de pérdidas que usted está reclamando. Incluya los recibos de Hospitales, doctor, dentista, ambulancia, radiología, terapia, recetas medicas, funeraria, cementerio, etc.

1. NOMBRE DEL PROVEEDOR	2. CIUDAD y ESTADO	3. NUMERO DE TELEFONO
4. Describa las heridas Físicas que resultaron del crimen.		
5. Se Requerirá Tratamiento Médico Adicional? (Por favor explique)		

### SECCION 8 – Seguro y Otra información sobre Recursos Colaterales

1. Por favor indique cuál de los siguientes recursos (si alguno) tiene disponible para pagar algunos recibos médicos o gastos de su propio bolsillo: (marque TODOS los que califican) *Por favor anexe cualquier recibo de "Explicación de Beneficios" que usted haya recibido hasta la fecha.			
<input type="checkbox"/> Seguro de salud*	<input type="checkbox"/> Seguro Dental/Vision *	<input type="checkbox"/> Administración de Veteranos*	<input type="checkbox"/> Medicaid
<input type="checkbox"/> Medicare*	<input type="checkbox"/> Compensación para trabajadores*	<input type="checkbox"/> Plan Medico del Estado	<input type="checkbox"/> NINGUNO DE ESTOS
<input type="checkbox"/> Seguro de Automovil*	<input type="checkbox"/> Seguro de Casa*	<input type="checkbox"/> Otra Asistencia Pública	<input type="checkbox"/> OTRO (Explique en #2)
2. Por favor explique cualquier "otro" recurso indicad arriba			
3. Nombre de la Aseguradora médica primaria (Si aplica)		4. Numero de Poliza	5. Numero de Telefono ( )
6. Nombre del Segundo Seguro Medico (Si aplica)		7. Numero de Poliza	8. Numero de telefono ( )
9. Por favor indique cual de los siguientes recursos (si alguno) esta disponible a pagar gastos de funeral o entierro: (marque TODOS los que califican) *Por favor anexe cualquier recibo de "Explicación de Beneficios" que usted haya recibido hasta la fecha.			
<input type="checkbox"/> Seguro de Salud*	<input type="checkbox"/> Poliza de Beneficios para entierro *	<input type="checkbox"/> Agencia de Independencia Familiar*	<input type="checkbox"/> Beneficios para Veteranos / Seguro
<input type="checkbox"/> Compensación para trabajadores*	<input type="checkbox"/> Seguro de Automovil*	<input type="checkbox"/> * NINGUNO DE ESTOS	<input type="checkbox"/> OTRO (Explique en #10)
<input type="checkbox"/> Beneficios del Seguro Social en caso de Muerte			
10. Por favor explique cualquier "otro" recurso indicado arriba			

## Sección 9 –Información Sobre Ingresos

(Complete la Sección 9 SOLAMENTE si usted está aplicando por Pérdida de Ingresos o Pérdida de Sostenimiento)

### INSTRUCCIONES:

- Anexe recibos de cheques demostrando los ingresos de la víctima en el momento del crimen.
- Si perdió por lo menos 2 semanas continuas de trabajo, anexe una carta de su doctor verificando esta ausencia y el por qué.
- Si la víctima es / era trabajador independiente, anexe copias de los “income tax returns” del año anterior al crimen, y del año del crimen, si lo tiene disponible.

1. Nombre del Empleador de la Víctima			2. Nombre del Supervisor		
3. Dirección del empleador			4. Número Telefónico del Supervisor (        )		
Ciudad	Estado	Código Postal	5. Fechas de ausencia al trabajo debido a heridas relacionadas con el crimen		
6. Nombre del doctor que verificará la Incapacidad Médica			6. Número Telefónico del Doctor (        )		
7. La pérdida de sueldo está cubierta por el Seguro de Incapacidad o el Seguro de Compensación para Trabajadores? <input type="checkbox"/> NO <span style="margin-left: 300px;"><input type="checkbox"/> SI</span>					

## Sección 10 –Información Sobre Ingresos: Indique Los Ingresos y Fuentes de Ingreso.

Si usted es Padre o Guardian de una Víctima menor, o el Sobreviviente de una Víctima Fallecida, complete esta sección demostrando el ingreso del RECLAMANTE.

1. Ingreso Anual de su Hogar		<b>IMPORTANTE: El Diligenciamiento de la Sección 10 es requerida para TODOS los Aplicantes</b>			
2. Fuentes de los Ingresos o Mantenimiento: (marque todos los que aplican e indique si recibidos ANTES o DESPUES DEL perjuicio)					
*Anexe una Determinación de Beneficios solamente si usted completo la Sección 9.		RECIBIDO ANTES    DESPUES		*Anexe una Determinación de Beneficios solamente si usted completo la Sección 9.	
				RECIBIDO ANTES    DESPUES	
Empleo..... <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		AFDC, FIP Beca, Estampillas para Comida..... <input type="checkbox"/> * <input type="checkbox"/> *	
Intereses y dividendos..... <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Seguro de Incapacidad del Estado..... <input type="checkbox"/> * <input type="checkbox"/> *	
Ingresos por propiedad, Contratos de tierra..... <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Beneficios de Veteranos, Soporte Militar..... <input type="checkbox"/>	
Incapacidad por el empleador, por Enfermedad, o Beneficios de accidente... <input type="checkbox"/> *		<input type="checkbox"/> *		Pensión (por divorcio o separación)/ Sustento de Hijos..... <input type="checkbox"/>	
Compensación para trabajadores..... <input type="checkbox"/> *		<input type="checkbox"/> *		Ninguno de estos ..... <input type="checkbox"/>	
Compensación por desempleo..... <input type="checkbox"/> *		<input type="checkbox"/> *		Otro (Explique): ..... <input type="checkbox"/>	
Incapacidad del Seguro Social / Beneficios del SSI..... <input type="checkbox"/> *		<input type="checkbox"/> *			
Pension / Beneficios de Jubilación ..... <input type="checkbox"/> *		<input type="checkbox"/> *			
3. <b>DEPENDIENTES: Por favor Liste los Nombres y Fechas de Nacimiento de los Dependientes Legales de la Víctima</b>					
Si está aplicando por perdida de sostenimiento; también anexe una copia de el certificado de nacimiento del niño(a), y para un esposo (a), anexe una copia del certificado de matrimonio.					
_____					
_____					
_____					

## SECCION 11 – Autorización para Dar a Conocer Información Personal, Requerimiento de Repago, Dificultad Financiera, y Declaración: (Su firma abajo indica que usted entiende y está de acuerdo con lo siguiente)

### AUTORIZACION PARA DAR A CONOCER INFORMACION PERSONAL:

Yo autorizo a cualquier hospital, doctor, consejero, u otro proveedor de tratamientos que atendió a \_\_\_\_\_

(Nombre de la Víctima); cualquier director funeral u otra persona que prestó servicios; cualquier empleador; cualquier policia u otra agencia local de gobierno, incluyendo los servicios de ingresos del estado y Federal; cualquier compañía de seguros; u otra organización con conocimiento; para suministrar a la Comisión de Servicios para Víctimas de Crímenes, o sus representantes, toda información concerniente al incidente que llevó al daño personal o muerte, y los reclamos hechos para compensación, incluyendo tratamiento, empleo, seguro, o información sobre pagos a terceros.

### REQUERIMIENTO DE REPAGO:

Yo entiendo que el pago del programa de compensación a víctimas es pago de último recurso. Si yo recibo un pago de otro recurso para los mismos gastos, el Estado de Michigan tiene derecho a ser reembolsado por cualquier monto de compensación concedido a través de la los Servicios de Víctimas de un Crimen. Yo entiendo también que mis proveedores pueden ser pagados directamente por deudas que yo les debo.

### DIFICULTAD FINANCIERA:

Yo entiendo que mi elegibilidad para la compensación de víctimas de crímenes requiere que las pérdidas representen una seria dificultad económica para mí. Yo testifico que las pérdidas no reembolsadas reclamadas en esta aplicación me causaran serias dificultades económicas.

### DECLARACION:

Yo declaro, bajo pena de juro, que la información en esta forma es verdadera, correcta, y completa en el mejor de mis conocimientos y creencia

Firma del Reclamante

Fecha de la Firma

**NOTA: Una fotocopia de esta autorización es tan efectiva y válida como su original.**

