

Solicitud de indemnización para víctimas

Solo para uso de MOVA:

NO. DE VC

Escriba legiblemente y complete ambos lados.

Página 1

Reconocimiento y revelación de información

Entiendo que el Fondo de Indemnización para Víctimas es un fondo de última instancia. Acepto informar a la Oficina de Asistencia para Víctimas de Massachusetts (Massachusetts Office for Victim Assistance, MOVA) sobre cualquier fondo que reciba de cualquier fuente por las pérdidas por las que solicito una indemnización, y acepto reembolsar rápidamente a la Mancomunidad los fondos que me hayan dado o hayan dado en mi nombre. Si me dan una indemnización, autorizo a MOVA a hacer los pagos directamente al proveedor de servicios si no respondo en el plazo de 3 meses a partir de la fecha del aviso de la indemnización.

Doy permiso a cualquier hospital, centro médico, médico, proveedor de salud mental, compañía de seguros, empleador, persona o agencia, incluyendo las agencias estatales y federales, para dar información a MOVA, incluyendo los registros médicos y los resultados de pruebas que pueden incluir pruebas de drogas y alcohol, pruebas de detección de VIH e información relacionada con el SIDA. Entiendo que la información se usará para determinar si procede mi reclamo de beneficios de indemnización para víctimas. No autorizo el uso ni revelación de esta información a ninguna persona o entidad para ningún otro propósito sin mi consentimiento expreso por escrito, excepto cuando dicho uso o revelación esté previsto por una orden judicial o de otra manera por la ley. Una fotocopia de esta revelación firmada es tan válida como el original. Esta autorización vencerá después de que se determinen definitivamente todos los requisitos según MGL c. 258C y 940 CMR 14.00.

Certifico, bajo pena de perjurio, que toda la información y la documentación de respaldo que se incluye en esta solicitud es verdadera y precisa hasta donde yo sé.

Si no puede firmar electrónicamente, imprima y firme abajo con tinta antes de enviar su solicitud por correo electrónico, fax o correo postal.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____
Padre/madre o tutor si la víctima es menor de edad.

Preparado por _____ en nombre de _____

I. Información de la víctima

Nombre de la víctima: _____ Sexo: _____
Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Dirección postal: _____ Teléfono de casa: _____

Ciudad/estado: _____ Código postal: _____ Teléfono celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad en el momento del incidente: _____ SSN: _____

II. Información del solicitante *Si la víctima es el solicitante, escriba "mismo". Si es menor de 18 años, el solicitante es el padre/madre/tutor. Si es víctima de homicidio, el solicitante es la persona que cubre los gastos.*

Nombre del solicitante: _____ Sexo: _____
Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Dirección postal: _____ Teléfono de casa: _____

Ciudad/estado: _____ Código postal: _____ Teléfono celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación con la víctima: _____ SSN: _____

Si presenta la solicitud en nombre de uno o más dependientes menores de la víctima de homicidio, relación con los dependientes menores: _____

¿Presentó la víctima, o el solicitante en nombre de la víctima, una solicitud de indemnización para víctimas de delitos anteriormente?

☐ Sí ☐ No

Si respondió Sí, indique el mes y el año de presentación. _____/_____/_____

III. Información sobre el delito *Tipo de delito:*

☐ Incendio provocado	☐ Pornografía infantil	☐ Trata de personas	☐ Agresión sexual
☐ Asalto	☐ Abuso sexual infantil	☐ Secuestro	☐ Acoso
☐ Allanamiento de morada	☐ DUI/DWI	☐ Otros delitos relacionados con vehículos	☐ Terrorismo
☐ Abuso físico/negligencia infantil	☐ Homicidio	☐ Robo	☐ Otros: _____

Lugar del delito: _____ Ciudad/estado: _____

Fecha del delito: _____ Fecha en que se reportó el delito: _____

Nombre del departamento de policía: _____ Investigador: _____

Nombres de las personas que cometieron el delito (si se conoce): _____

Si recibió ayuda de un defensor de víctimas en el tribunal o en la oficina del fiscal de distrito, escriba el nombre y el teléfono del defensor: _____

IV. Información sobre la victimización *Indique si uno (1) o más de los siguientes están relacionados con el tipo de delito seleccionado:*

☐ Bullying	☐ Violencia doméstica y familiar	☐ Abuso/negligencia hacia adultos mayores	☐ Delito de odio
☐ Violencia masiva			

V. Gastos *Marque los tipos de gastos por los que solicita indemnización.*

☐ Servicios médicos*	☐ Salarios perdidos <i>(solo para la víctima)</i>	☐ Consejería para víctimas*
☐ Suministros médicos/farmacia*	☐ Pérdida de apoyo económico <i>(para dependientes de víctimas de homicidio)</i>	☐ Consejería para familiares de víctimas de homicidio*
☐ Servicios dentales*	☐ Funeral/entierro* †	☐ Consejería para niños que presencian violencia contra un familiar*
☐ Servicios de reemplazo de personal doméstico*	☐ Limpieza de la escena del crimen*	☐ Medidas de seguridad*
☐ Gastos complementarios de funeral/entierro*	☐ Gastos asociados al examen forense de agresión sexual*	☐ Consejería para padres no infractores de una víctima menor de edad*
☐ Reemplazo de ropa de cama/ropa*		

*Adjunte copias de facturas o recibos.

† Nombre de la funeraria: _____

Dirección: _____ Teléfono: (____) _____

VI. Pérdida de ingresos *Complete si busca ayuda debido a pérdida de salarios o manutención.*

Empleador de la víctima: _____ Persona de contacto: _____

Dirección postal: _____ Teléfono: _____

Ciudad/estado: _____ Código postal: _____

Si la víctima se reincorporó o reincorporará al trabajo, cálculo del período de discapacidad: _____

Si pide apoyo económico para dependientes de una víctima de homicidio, dé la siguiente información:

Nombres de los dependientes	Fecha de nacimiento	SSN	Relación con la víctima
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

VII. Otras fuentes de ayuda económica *Marque todas las fuentes potenciales de pago total o parcial de los gastos.*

☐ Seguro médico	☐ “Atención gratuita” en hospitales	☐ Compensación de los trabajadores
☐ Seguro de vida/accidentes	☐ Beneficios por desempleo	☐ Restitución
☐ Seguro de automóvil	☐ Beneficios por discapacidad	☐ Beneficios públicos (asistencia social, Medicare, Medicaid, SSDI)
☐ Otro (<i>especificar</i>): _____		

Nombre de las compañías de seguros aplicables: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ N.º de póliza: _____

¿Lo representa un abogado? Sí: _____ No: _____ No estoy seguro: _____

Si respondió Sí, nombre del abogado: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad/estado: _____ Código postal: _____

VIII. Información opcional *Sólo para fines estadísticos.*

Raza/origen étnico de la víctima:

☐ Indio americano/nativo de Alaska	☐ Hispano/latino	☐ alguna otra raza
☐ Asiático	☐ Nativos de Hawái y de otras islas del Pacífico	☐ Varias razas
☐ Negro/afroamericano	☐ Blanco no latino/caucásico	☐ Rechazo responder esta pregunta

¿Quién lo remitió a Indemnización para Víctimas? _____

Devuelva la solicitud completada a:

Massachusetts Office for Victim Assistance
One Ashburton Place, Suite 1310
Boston, MA 02108

Teléfono: (617) 586-1340 Fax: (617) 742-6262
Correo electrónico: VCCorrespondence@state.ma.us