

SOLICITUD DE COMPENSACIÓN

PARTE 1 - BENEFICIOS SOLICITADOS / BENEFITS REQUESTED

<input type="checkbox"/> Gastos Fúnebres Funeral Expenses	<input type="checkbox"/> Pérdida de ingresos Loss of Income	<input type="checkbox"/> Servicios Psicológicos/Psiquiátricos Psychological / Psychiatric Services Expenses
<input type="checkbox"/> Gastos de Relocalización Relocation Expenses	<input type="checkbox"/> Gastos Médicos Medical Expenses	<input type="checkbox"/> Gastos de Transportación Transportation Expenses
<input type="checkbox"/> Limpieza de Escena Crime Scene Cleanup Expenses	<input type="checkbox"/> Pérdida de Sustento Loss of Support	<input type="checkbox"/> Gastos Legales Legal Services Expenses

PARTE 2 - INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA – (VICTIM’S INFORMATION)

Apellidos Paterno <small>Victim's First Name</small>	Apellido Materno <small>Victims Last name</small>	Nombre <small>Name</small>	
Dirección Postal <small>Mail Address</small>	Ciudad <small>City</small>	Estado <small>State</small>	Zona Postal <small>Zip Code</small>
()	()		
Teléfono del Trabajo <small>Work Phone Number</small>	Teléfono de la Residencia <small>Residence Phone Number</small>	Correo Electrónico <small>E-Mail</small>	
Seguro Social (Completo) <small>Social Security Number (Complete Number)</small>	Fecha de Nacimiento <small>Date of Birth</small>	Edad <small>Age</small>	Género <small>Gender</small>
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

PARTE 3 - INFORMACIÓN DEL (A) RECLAMANTE (CLAIMANTS PERSONAL INFORMATION)

Dejar en blanco si el reclamante y la víctima son la misma persona (Proceed to next question if Victim is the claimant)

Apellidos Paterno (reclamante) <small>Claimant's First name</small>	Apellido Materno <small>Claimant's Last name</small>	Nombre <small>Name</small>	
Dirección Postal <small>Mail Address</small>	Ciudad <small>City</small>	Estado <small>State</small>	Zona Postal <small>Zip Code</small>
()	()		
Teléfono del Trabajo <small>Work Phone Number</small>	Teléfono de la Residencia <small>Residence Phone Number</small>	Relación con la víctima <small>Relationship with the victim</small>	
Seguro Social (Completo) <small>Social Security Number (complete)</small>	Fecha de Nacimiento <small>Date of Birth</small>	Edad <small>Age</small>	Género <small>Gender</small>
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

¿Residía el reclamante con la víctima al momento del delito?
Was the claimant living with the victim at the date of the crime?

Sí No
Yes No

¿Residía la víctima con el/la agresor(a) al momento del delito?
Was the victim living with the perpetrator at the date of the crime?

Sí No
Yes No

PARTE 4 – RECLAMANTES ADICIONALES (ADDITIONAL CLAIMANTS)

¿Está solicitando beneficios para usted o en representación de otra persona?
Are you applying benefits from the Office for yourself or on behalf of another person?

Sí No
Yes No

Nombre de Reclamantes Adicionales <small>Name of Additional Claimants</small>	Edad <small>Age</small>	Sexo <small>Gender</small>	Fecha de Nacimiento <small>Date of Birth</small>	Seguro Social (Completo) <small>Social Security (Complete)</small>	Relación con la Víctima <small>Relationship with the Victim</small>

PARTE 5- INFORMACIÓN SOBRE EL DELITO – (CRIME INFORMATION)

Tipo de Delito o Tentativa: (Favor de marcar el delito o tentativa que da base a su reclamación)
 Type of Attempted Crime or Crime Please check the attempted crime or crime in virtue of which you are filing your claim

<input type="checkbox"/> Asesinato Murder	<input type="checkbox"/> Agresión Agravada Aggravated Assault	<input type="checkbox"/> Secuestro Abduction
<input type="checkbox"/> Asesinato Atenuado Attenuated Murder	<input type="checkbox"/> Maltrato de Menores Child Abuse	<input type="checkbox"/> Violencia Doméstica Domestic Violence
<input type="checkbox"/> Homicidio Negligente Negligent Homicide	<input type="checkbox"/> Robo Agravado Aggravated Robbery	<input type="checkbox"/> Incendio Agravado Aggravated Fire
<input type="checkbox"/> Agresión Sexual Sexual Assault	<input type="checkbox"/> Secuestro de menores Children Kidnapping	<input type="checkbox"/> Apropiación Ilegal (Cuando la Víctima posea 65 años o más) Illegal Appropriation (When the Victim possesses 65 or more)
<input type="checkbox"/> Actos Lascivos Lewd Acts	<input type="checkbox"/> Secuestro Agravado Aggravated Abduction	

Fecha del Delito Date of Crime	Número del Informe de la Policía Police Report Number	Nombre del Agente Investigador Name of the Police Agent that Investigated the Crime Scene	Teléfono Agent's Phone Number
-----------------------------------	--	--	----------------------------------

Nombre de la División que Atendió el Delito Name of the Division who attended the crime	Nombre del Acusado (si es de conocimiento) Name of Defendant (if known)
--	--

Nombre del Fiscal o Procurador de Menores asignado al caso Name of Prosecutor Assigned to the Case

¿Conocía la víctima al agresor(a)? Sí No Circunstancias en que lo conoció: _____
 Did the victim know the perpetrator? Yes No Circumstances of acquaintance

PARTE 6 – ANTECEDENTES PENALES DE LA VÍCTIMA – (VICTIM’S CRIMINAL BACKGROUND)

¿Se encontraba la víctima llevando a cabo alguna conducta delictiva al momento del delito? Sí No Desconozco
 Did the victim was in any criminal conduct at the time of the crime? Yes No Unknown

¿Estaba la víctima: cumpliendo alguna sentencia, en probatoria, libertad bajo palabra u otro programa? Sí No Desconozco
 Was the victim serving a sentence, on probation, parole or in any another program? Yes No Unknown

Si contestó “Sí” provea información de la institución o agencia que provee la supervisión: _____
 If your answer was “yes” please provide the information of the institution or agency providing the supervision

***De contestar “sí” a alguna de las antes mencionadas preguntas la Oficina estaría impedida de conceder el pago de una compensación en virtud de lo dispuesto en la Ley Núm. 183-1998** (If you answered “yes” to any of these questions the Office would be prevented from granting the payment of any compensation pursuant to the provisions of Act No. 183-1998)

PARTE 7- TRATAMIENTO MÉDICO (MEDICAL TREATMENT)

(Debe presentar recibos, facturas o certificaciones que evidencien la deuda de los gastos reclamados)
 (You must submit receipts, invoices or certifications that evidence the amount paid or owed for the requested medical expenses)

Completar solo en caso en la víctima directa del delito haya recibido tratamiento médico como consecuencia del delito.
 Complete this part only if the direct victim of crime have received psychological or psychiatric treatment because of the crime

Facilidad médica en la cual recibió el tratamiento como consecuencia del delito: _____
 Medical facility in which the victim received treatment as a result of the crime

Nombre del médico o facultativo que brindó el tratamiento: _____
 Name of physician or other health professional who provided the medical treatment

Descripción del daño físico causado a consecuencia del delito: _____
 Description of the physical harm caused as a result of the crime

Descripción el tratamiento que recibe como consecuencia del delito: _____
 Description of the treatment received as a result of the crime

¿Se adeudan dichos servicios? Sí No
 Do you owe any amount for these services? Yes No

Cantidad pagada o adeudada por el servicio de salud no cubierta por seguros de salud o planes médicos \$ _____
Amount paid or payable for the health service not covered by health insurance

PARTE 8- TRATAMIENTO PSICOLÓGICO / PSIQUIÁTRICO (PSYCHOLOGICAL / PSYCHIATRIC TREATMENT)

(Debe presentar recibos, facturas o certificaciones que evidencien la cantidad pagada o adeudada por el tratamiento psicológico y/o psiquiátrico reclamado)
(You must submit receipts, invoices or certifications that evidence the amount paid or owed for the requested psychological or psychiatric expenses)

Facilidad médica en la cual recibió el tratamiento como consecuencia del delito: _____
Medical facility in which the victim received treatment as a result of the crime

Nombre del médico o facultativo que brindó el tratamiento: _____
Name of physician or other health professional who provided the medical treatment

Descripción la condición de salud mental causado a consecuencia del delito: _____
Description of the mental health condition caused as a result of crime

Descripción el tratamiento que recibe como consecuencia del delito: _____
Description of the treatment received as a result of the crime

¿Se adeudan dichos servicios? Sí No
Do you owe any amount for these services? Yes No

Cantidad pagada o adeudada por el servicio de salud no cubierta por seguros de salud o planes médicos \$ _____
Amount paid or payable for the health service not covered by health insurance

PARTE 9 – GASTOS FÚNEBRES Y DE ENTIERRO - (FUNERAL AND BURIAL EXPENSES)

(Incluya copia del contrato, recibos o facturas de los gastos fúnebres)
(Include copy of the contract, receipts or invoices of the funeral/burial expenses)

¿Recibió usted beneficios por gastos fúnebres de las siguientes fuentes?
Did you receive benefits for funera/buriall expenses from any of the following sources?

Seguro Social (Social Security) \$	Patrono (Employer) \$	Seguro por Muerte (Mortuary insurance) \$	Otros (Others) \$
---------------------------------------	--------------------------	--	----------------------

Nombre de la Funeraria/Cementerio _____ Dirección _____ Teléfono _____
Name of the Funeral Home/ Burial Home Address Phone Number

Indique la cantidad total del servicio fúnebre y gastos de entierro \$ _____ ¿Adeuda los servicios fúnebres? Sí No
Indicate the total amount pad fot funeral and burial services Do you owe any amount for the the funeral services/? Yes No

Si contestó que “Sí”, indique la cantidad pendiente de pago \$ _____
If your answer was “yes” indicate the amount owed

Nombre de la persona responsable de pagar el servicio funeral o entierro _____
Name of the person responsible for paying the funeral or burial expenses

PARTE 10 – GASTOS POR LIMPIEZA DE ESCENA DEL CRIMEN (CRIME SCENE CLEAN UP EXPENSES)

Nombre y dirección de la compañía que realizó la limpieza de escena _____ Teléfono _____
Name and address of the company that provided the crime scene cleanup Phone Number

Indique la cantidad total del servicio de limpieza de escena \$ _____ Fecha del Servicio _____
Indicate the total amount paid for the crime scene clean up Date of Service

¿Se adeudan dichos servicios? Sí No Cantidad Adeudada \$ _____
Do you owe any amount for these services? Yes No Amount Owed

Nombre de la persona responsable de pagar el servicio _____ Teléfono _____
Name of the person responsible for paying these services Phone Number

PARTE 11- PÉRDIDA DE INGRESOS (LOSS OF INCOME)

El reclamante puede completar esta parte si la víctima es menor de edad o cuando la víctima no puede hacerlo por sí misma.
The claimant can complete this part if the victim is a minor or when the victim can not do it herself.

¿Tenía empleo la víctima al momento del delito? Sí No

Was employed at the time of the crime?

Yes No

	()
--	-----

Patrono de la víctima/reclamante en la fecha en que ocurrió el delito
Employer of the victim / claimant on the date on which the crime occurred

Teléfono
Phone Number

--	--	--	--

Dirección Postal del Patrono
Employer's Address

Ciudad
City

Estado
State

Zona Postal
Zip Code

¿Presentó Planillas de Contribución sobre Ingresos durante el año del delito o el año anterior? Sí No
Did you file Income Tax Return for the year of the crime or the year before? Yes No

De contestar "No", explique _____

If your answer is "No" explain

Ingreso neto que devengaba: Semanal \$ _____ Quincenal \$ _____ Mensual \$ _____
Net income earned Weekly Biweekly Monthly

¿Estuvo usted incapacitado(a) para ejercer labor remunerada como consecuencia del delito? Sí No
Were you handicapped as a result of the crime? Yes No

Si contestó "Sí" explique _____

If your answer is "yes" explain

Fecha en que dejó el empleo luego del delito: Día _____ Mes _____ Año _____
Date you left the job after the crime Day Month Year

Fecha en que regresó al empleo luego del delito: Día _____ Mes _____ Año _____
Date you returned to work after the crime Day Month Year

¿Recibió pago por enfermedad y/o vacaciones? Sí No Si contestó "Sí" indique la cantidad recibida \$ _____
Did you receive payments for sick or vacation leave? Yes No If your answer is "yes" indicate the amount received

Parte 12 – PÉRDIDA DE SUSTENTO (LOSS OF SUPPORT)

¿Al momento del delito, la víctima brindaba sustento económico a sus dependientes? Sí No
At the time of crime, the victim provided financial support for dependents? Yes No

Si contestó "Sí" provea la cantidad del sustento Semanal \$ _____ Quincenal \$ _____ Mensual \$ _____
If you answered "Yes" provide the amount of support Weekly Biweekly Monthly

*Debe completar formulario para el cálculo de pérdida de sustento
You must complete the official form for calculating loss of support

Parte 13 – GASTOS LEGALES – (LEGAL EXPENSES)

Para solicitar esta compensación los gastos legales civiles deben estar relacionados al delito
To apply for this compensation the legal expenses must be related to the crime

Indique el servicio legal por el cual solicita compensación _____
Indicate the legal services you are requesting compensation for

Nombre, número de abogado, dirección y teléfono del(a) abogado(a) _____
Lawyer's name, address and phone number

Cantidad total de los gastos legales \$ _____ ¿Adeuda dichos servicios? Sí No
Total amount of the legal expenses Do you owe you those services? Yes No

Si contestó "Sí" indique la cantidad pendiente de pago \$ _____ Número de Caso del Tribunal _____
If your answer was "yes" indicate the amount owed Court Case Number

PARTE 14 -BENEFICIOS RECIBIDOS (REIMBURSEMENT BENEFITS)

Favor de indicar si recibió beneficios de otras agencias o entidades del gobierno o privadas.
Indicate if you received benefits from other agencies, government or private entities.

<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Food Stamps Program Cantidad del Beneficio \$ _____ Benefit Amount	<input type="checkbox"/> Plan de la Reforma de Salud Medicaid – Government Health Plan Cantidad del Beneficio \$ _____ Benefit Amount	<input type="checkbox"/> SINOT Non Occupational Disability Insurance Cantidad del Beneficio \$ _____ Benefit Amount
<input type="checkbox"/> TANF Temporary Aid for Needy Families Cantidad del Beneficio \$ _____ Benefit Amount	<input type="checkbox"/> Beneficios Municipales Municipal Benefits Cantidad del Beneficio \$ _____ Benefit Amount	<input type="checkbox"/> Beneficios por Veterano Veteran Affairs Benefits Cantidad del Beneficio \$ _____ Benefit Amount
<input type="checkbox"/> Beneficio por Desempleo Unemployment Benefits Cantidad del Beneficio \$ _____ Benefit Amount	<input type="checkbox"/> Fondo Seguro del Estado Occupational Disability Insurance Cantidad del Beneficio \$ _____ Benefit Amount	<input type="checkbox"/> Seguro de Vida Life Insurance Cantidad del Beneficio \$ _____ Benefit Amount
<input type="checkbox"/> Seguro Social Social Security Cantidad del Beneficio \$ _____ Benefit Amount	<input type="checkbox"/> ACA Cantidad del Beneficio \$ _____ Benefit Amount	<input type="checkbox"/> Medicare Cantidad del Beneficio \$ _____ Benefit Amount

Si marcó alguna de las alternativas anteriores provea la siguiente información:

If you checked any of the alternatives provide the following information:

_____	_____	_____	_____	_____
Número de Medicare MediCare Number	Compañía de Reforma de Salud Medicaid Health Plan Company	Plan Médico Privado Private Medical Health Plan	Compañía de Seguros Insurance Company Name	Póliza/ Núm. Grupo Policy Number / Group
_____	_____		_____	
Teléfono Phone Number	Nombre de persona contacto Name of Contact Person		Número de la Póliza o Grupo Policy Number / Group	
_____		_____	_____	_____
Dirección Postal Mailing Address		Ciudad City	Teléfono Phone Number	Teléfono de Fax Fax Number

PARTE 15 – REFERIDO (REFERRAL)

¿A través de que agencia conoció de la Oficina de Compensación y Servicios a las Víctimas de Delitos?

Through which agency or private entity did you learn of the Crime Victims and Witnesses Compensation and Services Office?

<input type="checkbox"/> Anuncio Público, afiche, folleto, etc. Advertisement, posters, brochure, etc.	<input type="checkbox"/> Albergue Shelter
<input type="checkbox"/> Funeraria/Cementerio Funeral/Burial Home	<input type="checkbox"/> Fiscal Prosecutor
<input type="checkbox"/> Hospital Hospital	<input type="checkbox"/> Seminario, Charla provisto por la Oficina Training provided by the Office
<input type="checkbox"/> Policía Police	<input type="checkbox"/> Otros _____ Other

Acuerdo de Subrogación:

Me comprometo a notificar por escrito a la Oficina de Compensación y Servicios a las Víctimas y Testigos de Delito mi intención de presentar una demanda civil como consecuencia de esta actividad criminal, para permitir que la Oficina tenga oportunidad de intervenir. Me comprometo a reembolsar al Fondo de Compensación el total de la indemnización que recibí del fondo si recupero dinero por medio de una demanda civil, un acuerdo con las compañías de seguro o cualquier restitución. Si hubiere pagado una compensación por daños o muerte bajo las disposiciones de esta Ley, el fondo, representado por el Secretario, tendrá derecho a ser resarcido por la persona de la lesión o muerte, por una suma igual a la desembolsada como compensación, más los gastos incurridos en las Costas. En los casos en que la víctima o dependiente presente una acción legal contra la persona responsable de la lesión o muerte y se le otorgue una indemnización, el Tribunal ordenará el pago por separado a favor del Fondo y los reclamantes por las cantidades que a cada cuál correspondan.

Subrogate Agreement

I hereby agree to notify the Crime Victims and Witnesses Compensation and Services Office in writing on any intention of filing a civil lawsuit as a result of this criminal act, to allow the Office to intervene. I agree to reimburse the Compensation Fund the total amount of the compensation received from the Office if I am awarded any moneys by means of this civil lawsuit, a settlement with an insurance company, or any other restitution. If any compensation for damages or death under the provision of this Law, the Fund, represented by the Attorney General, will have the right to be reimbursed by the injured or deceased person's estate the same amount of compensation money already paid, in addition to any legal fees or costs. In those cases where the victim or dependents file a legal action against the person responsible for the injuries or death and compensation is awarded, the Court will rule independent payments on the pertaining amount in favor of the Fund and the claimants.

Relevo de Información:

Por la presente autorizo a cualquier institución financiera o privada, agencia de servicio social o cualquier oficina del gobierno estatal o federal a revelar información sobre mi situación financiera a la Oficina de Compensación y Servicios a las Víctimas y Testigos de Delito. Por la presente autorizo a cualquier hospital, doctor, institución médica o funeraria para que revele a la Oficina de Compensación y Servicios a las Víctimas y Testigos de Delito toda la información relacionada con los servicios que me fueron provistos. Esta información incluye, pero no se limita a, información financiera e información sobre el diagnóstico y el tratamiento. Por la presente autorizo a mi patrono u otra persona que tenga información relacionada a mi empleo para que revele la información solicitada por la Oficina de Compensación y Servicios a las Víctimas y Testigos de Delito. **Una copia de esta autorización es tan válida como el original.**

Release of Information

I authorize any financial institution, social service agency or any other state or federal government agency to reveal information regarding my financial situation to the Crime Victims and Witnesses Compensation and Services Office. I hereby authorize any hospital, doctor, medical institution or insurance company to reveal and share any medical information to the Crime Victims and Witnesses Compensation and Services Office. This information includes, but it is not limited to payment of medical expense and information regarding diagnosis and treatment. I also authorize my employer or any other person in possession of information regarding my employment and fiscal information to provide any documents or information requested by the Office. **A copy of this authorization is as valid as the original.**

Afirmación y autorización:

Certifico y afirmo que la información de esta solicitud a la Oficina de Compensación y Servicios a las Víctimas y Testigos de Delito bajo la ley de Puerto Rico es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender, y autorizo a la Oficina de Compensación y Servicios a las Víctimas y Testigos de Delito, a cualquier agente o representante de la Oficina, que verifique la información en ella presentada.

Authorization

I hereby Certify and Affirm that the information included in this application before the Crime Victims and Witnesses Compensation and Services Office is, to the best of my knowledge and belief, true and correct. I also authorize any agent or representative of the Office, to verify the information given.

Nombre en letra de molde

Victim or Claimant Printed Name

Firma del reclamante o víctima

Victim or Claimant Signature

Fecha

Date