



# SOLICITUD DE COMPENSACIÓN A VÍCTIMAS DE DELITO

Favor de leer la hoja de "Documentos Requeridos para Solicitar Beneficios" y completar toda la información que requiere esta "Solicitud de Compensación", según le aplique. Las consecuencias de no proporcionar la información solicitada junto a los documentos requeridos podrían dar como resultado la denegación de su solicitud. De necesitar ayuda para completar este documento, favor de comunicarse al (787) 721-2900, Ext. 1347.

## PARTE 1 - BENEFICIOS SOLICITADOS / BENEFITS REQUESTED

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

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

--	--	--	--

Apellido Paterno (Victim's First Name)      Apellido Materno (Victims Last name)      Nombre (Name)      Inicial

Dirección Postal (Mail Address)      Ciudad (City)      Estado (State)      Zona Postal (Zip Code)

( )	( )	
-----	-----	--

Teléfono del Trabajo (Work Phone Number)      Teléfono de la Residencia (Residence Phone Number)      Correo Electrónico (E-Mail)      Raza (Race)

--	--	--	--

Seguro Social (Completo) (Social Security Number (Complete Number))      Fecha de Nacimiento (Date of Birth)      Edad (Age)      Género (Gender)      Indique el número de la raza correspondiente, ver Leyenda (Indicate the number of the corresponding race, see Legend).

**Leyenda Raza/Etnia:** Favor de colocar el número que corresponda con su raza o etnia y de los reclamantes adicionales, si alguno, en el apartado de Raza.  
Legend Race/Ethnicity

1. Hispano o Latino Hispanic or Latino	2. Nativo de Hawaii y Otras Islas del Pacífico Native Hawaiian and Other Pacific Islander
3. Indio Americano/Nativo Alaska American Indian/Alaska Native	4. Blanco no Latino/Caucásico White Non-Latino/Caucasian
5. Asiático Asian	6. Alguna otra Raza Some Other Race
7. Negro/Afroamericano Black/African American	8. Múltiples Razas Multiple Races

\*\*Esta información voluntaria es para la persona recibiendo compensación y su uso es solamente para estadísticas y poder cumplir con las normas federales.

## 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)

--	--	--	--

Apellido Paterno (reclamante) (Claimant's First name)      Apellido Materno (Claimant's Last name)      Nombre (Name)      Inicial

Dirección Postal (Mail Address)      Ciudad (City)      Estado (State)      Zona Postal (Zip Code)

( )	( )	( )
-----	-----	-----

Teléfono del Trabajo (Work Phone Number)      Teléfono de la Residencia (Residence Phone Number)      Teléfono Alterno (Alternate Phone Number)      Raza (Race)

--	--	--	--

Relación con la Víctima (Relationship with the victim)      Correo Electrónico (E-Mail)      Género (Gender)      Indique el número de la raza correspondiente, ver Leyenda (Indicate the number of the corresponding race, see Legend).

--	--	--	--

Seguro Social (Completo) (Social Security Number (Complete Number))      Fecha de Nacimiento (Date of Birth)      Edad (Age)

¿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

## PARTE 4 – RECLAMANTES ADICIONALES (ADDITIONAL CLAIMANTS)

¿Está solicitando beneficios en representación de otra persona?  No  Sí  
Are you applying benefits from the Office on behalf of another person? No Yes

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

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

**Tipo de Delito, Tentativa o Falta:** (Favor de marcar el delito, tentativa o falta 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 Sexual Sexual Assault	<input type="checkbox"/> Secuestro Agravado Aggravated Abduction
<input type="checkbox"/> Tentativa de Asesinato Attempted murder	<input type="checkbox"/> Agresión Agravada Aggravated Assault	<input type="checkbox"/> Secuestro Abduction
<input type="checkbox"/> Homicidio Negligente Negligent Homicide <input type="checkbox"/> Conductor Ebrio /Drunk Driver	<input type="checkbox"/> Maltrato de Menores Child Abuse	<input type="checkbox"/> Violencia Doméstica Domestic Violence
<input type="checkbox"/> Homicidio Homicide	<input type="checkbox"/> Robo Agravado Aggravated Robbery	<input type="checkbox"/> Incendio Agravado Aggravated Fire
<input type="checkbox"/> Actos Lascivos Lewd Acts	<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)

Fecha del Delito Date of Crime	Número del Informe de la Policía Police Report Number	Nombre del Agente Investigador Name of the Police Officer that Investigated the Crime Scene	Teléfono Agent's Phone Number
Nombre de la División que Atendió el Delito Division in charge of the investigation		Nombre del Acusado (si es de conocimiento) Name of Defendant (if known)	
Nombre del Fiscal o Procurador de Menores asignado al caso. (Si aplica) Name of Prosecutor Assigned to the Case. (If applicable)			

¿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 involved 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

## 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)

A consecuencia del delito, ¿recibió servicios médicos?  No  Sí  
Received medical services as a result of the crime No Yes

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

¿Tiene seguro médico? Indique cuál \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_  
Do you have health insurance? Indicate which Policy Number

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 del tratamiento que recibe como consecuencia del delito: \_\_\_\_\_  
Description of the treatment received as a result of the crime

¿Se adeudan dichos servicios?  No  Sí Cantidad adeudada: \$ \_\_\_\_\_  
Do you owe any amount for these services? No Yes Amount owed

Cantidad pagada por el servicio de salud no cubierta por seguros de salud o planes médicos \$ \_\_\_\_\_  
Amount paid 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)

A consecuencia del delito, ¿recibió servicios psicológicos?  No  Sí ¿Recibió servicios psiquiátricos?  No  Sí  
Received psychological services as a result of the crime. No Yes Received psychiatric services? No Yes

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

¿Se adeudan dichos servicios?  No  Sí Cantidad adeudada servicios psicológicos: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad adeudada psiquiátricos: \$ \_\_\_\_\_  
Do you owe any amount for these services? No Yes Amount owed psychological services. Amount owed psychiatric services

Cantidad pagada por el servicio de salud no cubierta por seguros de salud o planes médicos \$ \_\_\_\_\_  
Amount paid 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)

Nombre de la Funeraria/Cementerio \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
Name of the Funeral Home/ Burial Home Address

Teléfono \_\_\_\_\_  
Phone Number

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

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

¿Posee seguro funeral? Indique, nombre de la Compañía aseguradora \_\_\_\_\_, Núm. de Póliza \_\_\_\_\_ y cantidad recibida \_\_\_\_\_.

Did you receive benefits from funeral insurance? Indicate the name of the insurance company, policy number and received amount.

¿Recibió alguna donación gubernamental o privada para cubrir los gastos fúnebres y/o de entierro?  No  Sí  
Did you receive any government or private donation to cover funeral expenses and/or burial? No Yes

Si contestó “Sí” provea cantidad recibida y nombre de persona o entidad: \$ \_\_\_\_\_  
If you answered “Yes” provide amount received and name of the person or entity Cantidad/Amount Nombre/Name

¿Recibió beneficios por muerte de la Administración de Seguro Social?  No  Sí De aplicar, presente evidencia.  
Did you receive death benefits from the Social Security Administration? No Yes To apply, present evidence.

¿Recibió compensación por muerte de la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles?  No  Sí  
Did you receive compensation from the Administration of Automobile Accident Compensation? No Yes

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

**(Debe presentar recibos, facturas y contrato que evidencien la cantidad pagada o adeudada de la Compañía que brindó el servicio)**

(You must submit receipts, invoices and contract evidencing the amount paid or payable by the Company which provided the service)

A consecuencia del delito, ¿contrató servicios de Compañía por limpieza de escena?  No  Sí  
Are you hiring a Company for Crime Scene Clean up as a result of the crime? No Yes

Nombre de la Compañía que brindó el servicio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Name of the company who provided the service: Phone Number

¿Se adeudan dichos servicios?  Sí  No Cantidad pagada o adeudada por el servicio brindado \$ \_\_\_\_\_  
Do you owe any amount for these services? Yes No Amount paid or due for the services

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 no puede hacerlo por sí misma.

The claimant can complete this part if the victim can not do it herself.

¿Tenía empleo la víctima al momento del delito?  No  Sí  
Was the victim employed at the time of the crime? No Yes

Si contestó "Sí", favor de presentar Certificación de Empleo Oficial.  
If your answer is "yes" present Employment Certification

Teléfono: \_\_\_\_\_  
Phone Number

¿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", someta el formulario "Certificación de Razones por las cuales el contribuyente no está obligado por Ley a rendir la Planilla de Contribución sobre Ingresos de Individuos". (Modelo SC 2781- Departamento de Hacienda)  
If your answer is No you must submit the Form SC2781 from Department of the Treasury of Puerto Rico.

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

Si contestó "Sí" favor de presentar la Certificación Médica  
If your answer is "yes" please present Medical Certification

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?  No  Sí Si contestó "Sí" indique la cantidad recibida \$ \_\_\_\_\_  
Did you receive payments for sick or vacation leave? No Yes If your answer is "yes" indicate the amount received

¿Recibió beneficios de PAN y/o TANF?  No  Sí De aplicar, presente evidencia.  
Did you receive PAN and/or TANF benefits? No Yes To apply, present evidence.

¿Recibió beneficios de la Administración del Seguro Social?  No  Sí De aplicar, presente evidencia.  
Did you receive Social Security Administration benefits? No Yes To apply, present evidence.

## PARTE 12 – PÉRDIDA DE SUSTENTO (LOSS OF SUPPORT)

### 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.

¿Al momento del delito, la víctima brindaba sustento económico a sus dependientes?  Sí  No  
At the time of crime, does 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 incluir planilla de contribución sobre ingresos de la víctima en caso de muerte o del agresor en caso de violencia doméstica o maltrato de menores intrafamiliar.

Tax Return form with the victims income must be included in case of death. In domestic violence cases the aggressor tax return must be included.

## 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?  No  Sí  
Total amount of the legal expenses Do you owe those services? No Yes

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

## PARTE 14 – GASTOS DE RELOCALIZACIÓN (RELOCATION EXPENSES)

Favor de presentar evidencia tales como: contrato, recibos, facturas y otros.  
Please submit evidence such as contract, receipts, invoices and other.

¿Ha sido usted relocalizado?  Sí  No Indique el motivo: \_\_\_\_\_  
Where you relocated? Yes No Indicate the reason:

## PARTE 15 – REFERIDO (REFERRAL)

¿A través de qué 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/Buerial 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

## PARTE 16 – INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE LE AYUDA A LLENAR LA SOLICITUD (INFORMATION ABOUT THE PERSON WHO HELPS YOU FILL OUT THE APPLICATION)

Nombre de la persona que le ayuda con este impreso (Nombre y Apellidos): \_\_\_\_\_  
Name of person helping you with this form (Name and Last name):

Nombre de la organización o agencia donde trabaja la persona: \_\_\_\_\_  
Name of organization or agency where the person works:

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
E-mail address: Phone Number:

## PARTE 17 – INFORMACIÓN DE DEMANDA CIVIL (CIVIL SUIT INFORMATION)

¿Usted ha presentado o piensa presentar una demanda civil relacionada con este crimen?  No  Sí  
Have you submitted or plans submit a civil lawsuit related to this crime? No Yes

**Atención: Si usted decide entablar una demanda civil, por ley, usted está obligado a notificar a la Oficina de Compensación a Víctimas dentro de 30 días antes de presentar la demanda.**

Note: If you decide to file a civil suit, by law, you are required to notify the Victims Compesations Office within 30 days before filing the lawsuit.

Nombre del Abogado: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Attorney's Name: Address:

Teléfono: \_\_\_\_\_  
Phone Number:

**Su Solicitud de Compensación está casi completa. Favor de leer los siguientes puntos y pasar a la próxima página.**

- Después de llenar toda la información, **favor de leer la siguiente página detenidamente, firme y coloque la fecha.** Luego, puede entregarla en la Oficina, en la División de Servicios a Víctimas de su respectiva Fiscalía **con todos los documentos requeridos** o envíe a la siguiente dirección: **Oficina de Compensación a Víctimas / PO BOX 9020192, San Juan, P.R. 00902-0192.**
- Recuerde incluir con la Solicitud de Compensación **todos los documentos requeridos**, según el beneficio solicitado.
- Luego de su envío, la Auxiliar Administrativo le enviará una carta para confirmar que su solicitud fue recibida. La carta incluirá el **Número del Caso y Nombre del Técnico de Reclamaciones** que fue asignado para la investigación de su solicitud.
- **El Técnico de Reclamaciones se comunicará con usted cuando comience a trabajar con su caso;** podrá solicitar otros documentos y/o realizar preguntas adicionales, si la información no se incluyó en esta Solicitud.
- **Si su dirección o número de teléfono cambia, es necesario que nos informe.** Para cualquier duda o pregunta acerca de su Solicitud de Compensación puede comunicarse al (787) 721-2900, Ext. 1347..

## 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 Witnessess 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