

DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD PÚBLICA DE MISSOURI  
**SOLICITUD DE COMPENSACIÓN DE VÍCTIMAS DE CRIMEN**

SÓLO PARA USO DE OFICINA
Reclamo No. _____

**INSTRUCCIONES:** 1. Escriba o imprima claramente en tinta.  
 2. La última página de este formulario debe estar firmada por la víctima o el reclamante.  
 3. Si la víctima es una persona menor de edad o incompetente, la solicitud DEBE ser hecha por un padre o guardián.  
 4. Si una pregunta NO ES APLICABLE, responda con N/A.

<b>DIRECCIÓN</b> PROGRAMA DE COMPENSACIÓN DE VÍCTIMAS DE CRIMEN P.O. BOX 1589, JEFFERSON CITY, MISSOURI 65102-1589 CORREO ELECTRÓNICO: <a href="mailto:cvc@dps.mo.gov">cvc@dps.mo.gov</a>	<b>NÚMERO DE TELÉFONO</b> 573-526-6006 1-800-347-6881 FAX: 573-526-4940	<b>RELAY MISSOURI</b> 1-800-735-2966 (TDD) 1-800-735-2466 (VOZ)
--	--	---

¿Cómo se enteró del Programa de Compensación de Víctimas de Crimen?  
 Policía (Código de agencia \_\_\_\_\_)     Asistencia de víctima (Código de agencia \_\_\_\_\_)     Fiscal (Código de agencia \_\_\_\_\_)  
 Hospital     Funeraria     Amigo/Familia

**SECCIÓN I INFORMACIÓN PRINCIPAL DE LA VÍCTIMA**

Nombre de la víctima ( <i>apellido, primer y segundo nombre</i> )				Número de seguridad social			
Dirección actual			Ciudad		Estado		Código postal
Número de teléfono principal		Número de teléfono secundario		País de nacimiento - Origen nacional*			¿Ha fallecido la víctima? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Fecha de nacimiento		Edad	Género <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino		Estado civil <input type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Soltero/a <input type="radio"/> Separado/a <input type="radio"/> Viudo/a		
Raza ( <i>Marque uno</i> )* <input type="radio"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="radio"/> Hispano/latino <input type="radio"/> Otro: _____ <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Múltiples razas <input type="radio"/> Blanco/caucásico <input type="radio"/> Negro/afroamericano <input type="radio"/> Nativo hawaiano/isleño del Pacífico				Discapitado/a antes del crimen* <input type="radio"/> Sí ( <i>Explique</i> ) <input type="radio"/> No			
				Correo electrónico: _____			

**SECCIÓN II INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE** Complete esta sección si la víctima ha fallecido, es menor de edad o está incapacitada.

Nombre del reclamante ( <i>apellido, primer y segundo nombre</i> )				Número de seguridad social			
Dirección actual			Ciudad		Estado		Código postal
Relación con la víctima		¿La víctima vivía con usted en el momento del crimen? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Número de teléfono principal		Número de teléfono secundario	
Fecha de nacimiento		Edad	Género <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino		Estado civil <input type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Soltero/a <input type="radio"/> Separado/a <input type="radio"/> Viudo/a		

**SECCIÓN III OTRAS VÍCTIMAS COMPENSABLES \*CAPÍTULO 595** (Si hay más de uno, use una hoja adicional).

Nombre de otra víctima indemnizable ( <i>apellido, primer y segundo nombre</i> )				Número de seguridad social			
Dirección actual			Ciudad		Estado		Código postal
Número de teléfono principal/secundario		Relación con la víctima principal		País de nacimiento - Origen nacional*		Discapitado/a antes del crimen* <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Fecha de nacimiento		Edad	Género <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino		Estado civil <input type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Soltero/a <input type="radio"/> Separado/a <input type="radio"/> Viudo/a		
Raza ( <i>Marque uno</i> )* <input type="radio"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="radio"/> Negro/afroamericano <input type="radio"/> Múltiples razas <input type="radio"/> Otra: _____ <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Hispano/latino <input type="radio"/> Nativo hawaiano/isleño del Pacífico <input type="radio"/> Blanco/caucásico							

¿La otra víctima indemnizable vivía con la víctima principal en el momento del crimen? (Capítulo 595)  Sí     No    Si es así, explique: \_\_\_\_\_

\* Esta información se solicita únicamente para el cumplimiento de los Derechos Civiles Federales según la Sección 1407(c) de la Ley de Víctimas de Crímenes de 1984. Se utilizará solo con fines estadísticos.

**NOTA ▶ LA SOLICITUD DEBE FIRMARSE EN LA PÁGINA POSTERIOR.**

<b>SECCIÓN IV INFORMACIÓN SOBRE EL CRIMEN</b>				¿Se presentó un informe? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Tipo de crimen: <input type="radio"/> Abuso infantil <input type="radio"/> Violencia doméstica <input type="radio"/> Agresión <input type="radio"/> Agresión sexual <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> conducir intoxicado* <input type="radio"/> Homicidio involuntario* <input type="radio"/> Robo con lesiones <input type="radio"/> Atropellar y huir* <input type="radio"/> otro (Explique:)					
<b>(*Asegúrese de completar el seguro bajo la Sección VII)</b>					
Breve descripción del crimen:					
_____					
_____					
_____					
_____					
_____					
Fecha en que ocurrió el crimen		Fecha de reporte del crimen		¿Se ha hecho el arresto? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Se han presentado cargos? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se desconoce
Lugar del crimen: Dirección			Ciudad/estado		Condado
El crimen fue denunciado a (nombre y dirección):				Nombre del oficial de investigación, si corresponde:	
¿Quién cometió el crimen? (Si se sabe)			Número de informe policial		Número de expediente
¿La víctima conocía a la persona que cometió el crimen? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si es así, ¿de qué manera? _____					
¿Está la víctima relacionada con la persona que cometió el crimen? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si es así, ¿de qué manera? _____					
¿Estaba la víctima viviendo en el mismo hogar que el transgresor en el momento del crimen? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
Si es así, ¿la víctima sigue viviendo en la misma casa que el transgresor? _____					
<b>SECCIÓN VI GASTOS FUNERARIOS</b> (Adjunte copia del certificado de defunción y factura de la funeraria)					
Nombre de la funeraria			Dirección		
Ciudad		Estado	Código postal	Cantidad de gastos funerarios y entierro \$	
¿Se han pagado los gastos de entierro? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Si es así, ¿por quién?		Relación con la víctima	
Ciudad			Estado		Código postal
¿Recibirán los dependientes algún seguro de accidente o de vida? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si es así, complete lo siguiente:					
Nombre del beneficiario/a			Dirección		
Ciudad		Estado	Código postal	Teléfono (Si se sabe)	
<b>SECCIÓN VII SEGURO Y OTRA INFORMACIÓN DE FUENTE COLATERAL</b>					
<b>Indique a continuación si alguna fuente está pagando o pagará alguno de los gastos anteriores.</b>					
Tipo de fuente: <input type="radio"/> Seguro de salud/HMO/PPO <input type="radio"/> Administración de veteranos <input type="radio"/> Servicios armados (TRICARE) <input type="radio"/> Seguro de vida <input type="radio"/> Seguro de auto <input type="radio"/> Medicare <input type="radio"/> Medicaid No. _____ <input type="radio"/> Indemnización laboral No. _____					
Proporcione la siguiente información para cada fuente. (Si más de una fuente está pagando, proporcione información adicional en una hoja separada)					
Nombre del seguro				Número de póliza	
Dirección			Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del titular de la póliza		Número de seguridad social del titular de la póliza		Fecha de vigencia de la póliza/cobertura	

**INFORMACIÓN DE SEGURO DE AUTO/MOTOCICLETA: COMPLETE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE PARA LA RECLAMACIÓN DE VEHÍCULOS DE MOTOR**

¿Tiene otro operador cobertura de seguro de responsabilidad en automóviles/motocicletas? O Sí O No		Si es así, ingrese el nombre de la aseguradora y los límites de la póliza.		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Número de póliza
¿Tiene la víctima cobertura de automovilista sin seguro en auto/motocicleta? O Sí O No		Si es así, ingrese el nombre de la aseguradora y los límites de la póliza.		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Número de póliza
¿Se ha realizado un acuerdo con la aseguradora? O Sí O No	Si es así, ¿cuál? (Adjunte copia del acuerdo)			

**SECCIÓN VIII PÉRDIDA DE SALARIO/PÉRDIDA DE MANUTENCIÓN (Complete sólo si la víctima estaba empleada remuneradamente en el momento del crimen y una pérdida se reclama)**

¿La víctima estaba empleada remuneradamente en el momento del crimen? O Sí o No	¿La víctima está aplicando por pérdida de salarios? O Sí O No	El dependiente está aplicando por pérdida de manutención? O Sí O No
Empleador de la víctima (en el momento del crimen)		Número de teléfono
Dirección del empleador de la víctima	Ciudad	Estado Código postal

**Si la víctima trabajaba por cuenta propia, presente copias de las declaraciones de impuestos federales sobre la renta firmadas y cualquier declaración estimada del año del crimen.**

Ingresos o ganancias netas de la víctima (que lleva a casa) en el momento del crimen (incluidas propinas y bonificaciones) si se reclaman la pérdida de tiempo o la pérdida de los beneficios de manutención: \$\_\_\_\_\_por semana.

¿Recibió la víctima compensación en forma de licencia acumulada por enfermedad/vacaciones? O Sí O No Si es así, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿El crimen estuvo relacionado con el trabajo? O Sí O No  
Si es así, ¿ha solicitado la víctima una indemnización laboral u otros beneficios laborales? O Sí O No

¿Está recibiendo o ha recibido beneficios por accidente o discapacidad a largo/corto plazo de su empleador como resultado de esta lesión?  
O Sí O No Si es así, adjuntar recibos de sueldo por discapacidad.

**SECCIÓN IX OTRA INFORMACIÓN**

¿La víctima o el demandante está considerando una acción civil contra el transgresor o algún otro tercero por los daños reclamados aquí? O Sí O No  
Si es así, por favor proporcione el nombre y la dirección de correo del abogado que se encargará de la acción civil o adjunte una copia de la sentencia civil recibida:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**RESTITUCIÓN**

Si el tribunal ha ordenado al transgresor que le restituya (le pague), complete lo siguiente:

Fecha de orden de restitución \_\_\_\_\_ Tribunal \_\_\_\_\_ Cantidad \$ \_\_\_\_\_

Juez \_\_\_\_\_ ¿Cómo se paga? \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL ABOGADO Y ENTRADA DE COMPARECENCIA (A COMPLETAR POR EL ABOGADO)**

No es necesario contratar un abogado; sin embargo, si el reclamante desea ser representado por un abogado en la solicitud de beneficios bajo la Compensación a víctimas de crímenes, complete lo siguiente. Los abogados tienen derecho a hasta el 15% de cualquier adjudicación emitida.

Nombre del abogado ( <i>apellido, primer nombre y inicial segundo nombre</i> )		Número de teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Firma del abogado (si representa al reclamante en el reclamo de Víctimas de crimen)	Número en el colegio de abogados	Fecha	

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PARA REALIZAR UNA INVESTIGACIÓN, HACER PAGOS DIRECTAMENTE A LOS PROVEEDORES Y ASIGNAR LOS DERECHOS DE SUBROGACIÓN**

Doy permiso a cualquier abogado, hospital, funeraria, médico, agencia de aplicación de la ley, compañía de seguros, empleador, agencia social o de bienestar, o cualquier agencia del gobierno federal, estatal o local para divulgar todos los registros e información que ayudarán al Programa de Compensación de Víctimas de Crimen para procesar mi reclamo de compensación, para permitir que se realicen copias de dichos registros y para responder cualquier pregunta hecha por o en nombre del Programa de Compensación de Víctimas de Crimen.

Entiendo que después de recibir esta solicitud, el Programa de Compensación de Víctimas de Crimen investigará la verdad de la información proporcionada, así como otros asuntos relacionados con este reclamo; y doy mi consentimiento para tal investigación. Esta autorización es válida por tres años a partir de la fecha indicada a continuación.

Reconozco y acepto que toda o parte de cualquier compensación otorgada puede pagarse directamente a cualquier proveedor de bienes o servicios en mi nombre.

Además, reconozco y acepto que el estado de Missouri está subrogado, en la medida de cualquier compensación que se me otorgue, a todos los derechos del reclamante para recuperar beneficios o ventajas por pérdidas económicas de una fuente que es, o si está disponible para la víctima o el reclamante sería una fuente colateral, y por la presente asigno tales derechos al Estado de Missouri para que pueda proteger sus derechos de subrogación, y acepto ayudar al estado a ejercer sus derechos de subrogación.

Acepto notificar al Departamento si contrato a un abogado para que me represente en una demanda relacionada con este crimen. También acepto notificar al Departamento: 1) en el caso de que reciba pagos de restitución del transgresor, o 2) en el caso de que inicie cualquier procedimiento legal o negociación para recuperar los daños relacionados con el crimen en el que se basa este reclamo.

Certifico que he leído y entiendo las declaraciones anteriores; y que la información que he proporcionado es verdadera y correcta a mi leal saber y entender y que estos beneficios serán denegados si alguna de estas declaraciones no es cierta.

Firma del reclamante	Fecha
----------------------	-------

Nombre escrito
----------------

(Si la víctima es menor de 18 años, esta solicitud debe estar firmada por el padre o guardián legal cuyo nombre aparece en la "Información del reclamante de la Sección II").

--