

SOLICITUD DE RECLAMOS



VIRGINIA VICTIMS FUND
Helping Innocent Victims of Crime
OFFICIALLY CRIMINAL INJURIES COMPENSATION FUND

Antes de completar esta Solicitud de Reclamos, por favor lea la información que se encuentra a continuación.

Este Formulario se debe entregar dentro del plazo de un año del incidente.

Si ya ha pasado más de un año desde el incidente, incluya una carta explicando la razón por la que se demoró en entregar este formulario.

Adjuntar todas las cuentas detalladas por los servicios rendidos, recibos, y declaraciones de beneficios de seguro.

Si recibe gastos y/o beneficios de seguro adicionales para tratamiento suplementario, envíelo por correo al Fondo para las Víctimas de Virginia (VVF).

Puede ser elegible si:

EL CRIMEN

- ocurrió en Virginia, o fue cometido contra un residente de Virginia en un territorio donde no existe un programa de indemnización
- fue resultado de un acto terrorista
- fue reportado a una agencia de autoridad policial dentro de un plazo de 120 horas, salvo que hay una buena razón para la demora

LA VÍCTIMA

- cooperó con las agencias de autoridad policial y con las cortes durante la investigación/fiscalía
- no fue involucrado en ninguna actividad criminal a la hora del crimen
- no provocó ni participó voluntariamente en el crimen

¿Quién pueda aplicar?

- víctimas quienes han sufrido lesiones físicas por causa de un acto criminal
- víctimas quienes han sufrido daño emocional por causa de un delito mayor
- QUIENQUIERA que ha pagado o es responsable por pagar los servicios funerales
- pariente sobreviviente de alguien que ha sufrido daño emocional debido al asesinato de un padre, esposo, hermano, hijo o nieto

No puede recibir pago por:

- dolor, sufrimiento o pérdida de propiedad
- heridas provenientes de accidentes vehiculares, salvo ciertas circunstancias
- honorarios del abogado
- citas médicas a las que no asistió

Para poder recibir pago tiene que:

- cooperar con todas las agencias de autoridad policial, incluyendo la Fiscalía
- facturar cualquier seguro pertinente incluyendo:
 - seguro medico
 - Medicaid/Medicare
 - seguro propietario/hipotecario
 - seguro de vida/funerario
 - seguro de automóvil

- Si no tiene seguro y fue al hospital, aplique al programa de asistencia financiera del hospital
- Proveer todos los documentos que se piden

Si la víctima es un menor de edad o mentalmente incapacitada:

- proveer muestra que usted es el responsable por el bienestar de la víctima (sea padre, guardián legal, tutor legal)

Faxee o mande por correo esta solicitud a:

Virginia Victims Fund
P.O. Box 26927
Richmond, VA 23261
Fax: 804-823-6905

Si necesite ayuda:

- mande un email a info@virginiavictimsfund.org
- llame 1-800-552-4007 (sin costo)
- contacte el Programa de Ayuda a las Víctimas local

Mientras su reclamo está pendiente, las agencias médicas están no podrán tomar acción legal contra usted.

SECCIÓN A- INFORMACIÓN SOBRE LA VÍCTIMA

(Provee toda la información que solicitan sobre la persona herida)



VIRGINIA VICTIMS FUND
Helping Innocent Victims of Crime
OFFICIALLY CRIMINAL INJURIES COMPENSATION FUND

Nombre de la Víctima:

_____ (Primer Nombre)

_____ (Segundo Nombre)

_____ (Apellido)

de Seguridad Social: _____ - _____ - _____ Ninguno

Sexo:

Masculino Femenino Desconocido

Marque "Ninguno" SOLO si no tiene número de seguridad social

Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____

Fecha de Fallecimiento: _____/_____/_____

*Solo si el reclamo se trata de un homicidio

Estado Civil: Divorciado Casado Separado Indeterminado Soltero Enviudado

Grupo Étnico:

- Hispano o Latino
- Afroamericano/negro
- Blanco/caucásico
- Asiático

- Varias razas
- Indígena americano/nativo de Alaska
- Nativo de Hawái u otro isleño de Pacífico
- Otro
- Indeterminado

Dirección:

_____ (Dirección Postal por Completo)

_____ (Ciudad)

_____ (Estado)

_____ (Código Postal)

_____ (País)

_____ (País, si no sea E.E.U.U.)

Número de Casa/Celular: _____

Número de Trabajo: _____

¿Estaba discapacitada la víctima antes del crimen? Si No

¿Qué relación tiene la víctima con el agresor?

- Cónyuge
- Padre
- Hermano
- Hijo
- Novio/a
- Otro
- Abuelo
- Conocido
- Desconocido

¿Quién le recomendó al Fondo para las Víctimas de Virginia?

- Programa de Ayuda a las Víctimas
- Departamento de Policía
- Fiscalía del Estado
- Funeraria
- Amigo
- Media
- Otra Agencia Gubernamental
- Coordinador de SAFE
- Otro

Proveedor de Atención Médica Internet

SECCIÓN B- INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

(Provee toda la información que solicitan sobre el solicitante de ese reclamo, si no sea la víctima)



VIRGINIA VICTIMS FUND
Helping Innocent Victims of Crime
OFFICIALLY CRIMINAL INJURIES COMPENSATION FUND

Nombre del Solicitante: _____
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Núm. de Seguridad Social: _____ - _____ - _____ Ninguno **Sexo:** Masculino Femenino Desconocido
Marque "Ninguno" SOLO si no tiene número de seguridad social

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Estado Civil: Divorciado Casado Separado Indeterminado Soltero Enviudado

Grupo Étnico:

- Hispano o Latino
- Afroamericano/negro
- Blanco/caucásico
- Asiático

- Raza mixta
- Indígena americano/nativo de Alaska
- Nativo de Hawái u otro isleño de Pacífico
- Otro
- Indeterminado

Dirección: _____
(Dirección Postal por Completo)

(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

(País) (País, si no sea E.E.U.U.)

Número de Casa/Celular: _____ **Número de Trabajo:** _____

Relación con la Víctima:

- Esposo Niño Abuelo
- Padre Novio/Novia Conocido
- Hermano Otro No relacionado

Otro _____ Si se aplica, favor de mostrar prueba de tutela legal o Poder Notarial (*no se acepta abogado ni Poder Notarial Médico*)

SECCIÓN C- INFORMACIÓN SOBRE EL INCIDENTE

(Puede obtener esa información de la agencia de autoridad policial que respondió al incidente)

Fecha del Incidente: ____/____/____

Ciudad/Condado donde ocurrió el crimen: _____

FAVOR DE ENUMERAR OFENSORES ADICIONALES EN HOJA APARTE Y ENTRÉGALO CON ESTE SOLICITUD DE RECLAMOS.

Se escuchará el caso criminal en la corte de:

Juveniles y Relaciones Domésticas Distrito General Circuito



¿Ha ordenado el tribunal que el ofensor pague restitución a usted por este crimen?

Si No

Cantidad, si se sabe: _____

CASO CIVIL

¿Se ha lanzado una demanda civil contra el responsable por la herida? Si No

Si así es, favor de proveer los datos siguientes acerca de su abogado:

Nombre del Abogado: _____

Dirección: _____

(Dirección Postal por Completo)

(Ciudad/Condado)

(Estado)

(Código Postal)

Teléfono: _____

Fax: _____

SECCIÓN F- INFORMACIÓN SOBRE SU EMPLEADOR (Llena esta sección si quiere solicitar recibir sueldos perdidos.)

¿Usted trabaja por sí mismo? Si No

Si así es, envíe una copia más reciente de su Declaración de Impuestos Federales con Declaraciones de Ingresos W2, 1099, etc.

Si no es así, favor de proveer la siguiente información sobre su empleador.

Nombre del Empleador: _____

Dirección: _____

(Dirección Postal por Completo)

(Ciudad/Condado)

(Estado)

(Código Postal)

Teléfono: _____

FAVOR DE ENUMERAR EMPLEADORES ADICIONALES EN UNA HOJA APARTE Y ENTRÉGALO CON ESTE SOLICITUD DE RECLAMOS.

¿Ocurrió el crimen en su lugar de empleo? Si No

¿Si así es, ha entregado una solicitud al Virginia Workers' Compensation Commission? Si No

Para aplicar al Virginia Workers' Compensation Commission, favor de llamar 1-877-664-2566 (sin costo).

SECCIÓN G- SEGURO/RECURSOS COLATERALES

¿Son cubiertos por seguro médico los gastos relacionados con el crimen? Si No



SI ASÍ ES: Número de Póliza: _____ Número de Grupo: _____

Nombre del Proveedor de Seguro de Salud Privado: _____

Dirección: _____

(Dirección Postal por Completo)

(Ciudad/Condado)

(Estado)

(Código Postal)

SI NO ES ASI:

Si es que la víctima no tiene seguro médico y buscó tratamiento de un hospital, hay que ponerse en contacto con su departamento de servicios financieras y aplique para auxilio de Tratamiento de Caridad (Charity Care). *Debe* de proveer muestra de la decisión tomada por Charity Care al VVF *antes* de que se lo pagan.

¿Aplicó la víctima para Charity Care del hospital? Si No

SI USTED SE APLIQUE PARA REEMBOLSO DE GASTOS PARA LIMPIAR LA ESCENA DEL CRIMEN:

¿Tiene la víctima seguro propietario o seguro hipotecario? Si No

Si así es, favor de favor de proveer la siguiente información sobre agencia de seguros:

Nombre: _____ Número de Póliza: _____

Dirección: _____

(Dirección Postal por Completo)

(Ciudad/Condado)

(Estado)

(Código Postal)

SI UN AUTOMÓVIL ESTUVO INVOLUCRADO EN EL CRIMEN:

¿Tiene la víctima seguro automotriz? Si No

Seguro Automotriz del Solicitante: _____ Número de Póliza: _____

Dirección: _____

(Dirección Postal por Completo)

(Ciudad/Condado)

(Estado)

(Código Postal)

¿Tiene el ofensor seguro automotriz? Si No No se sabe

Seguro Automotriz del Ofensor: _____ Número de Póliza: _____

Dirección: _____

(Dirección Postal por Completo)

(Ciudad/Condado)

(Estado)

(Código Postal)

SI SE SOLICITE REIMBOLSO DE GASTOS FUNERARIAS:

¿Tenía la víctima seguro de vida y/o seguro funerario? Si No



Si así es, favor de favor de proveer lo siguiente: **Beneficiario:** _____

Nombre del Proveedor de Seguro de Vida/ Seguro Funerario: _____

Dirección: _____

(Dirección Postal por Completo)

(Ciudad/Condado)

(Estado)

(Código Postal)

Favor de tener en cuenta de que, si ha sido pagado o si se paga el gasto funerario mientras se está procesando su reclamo al VVF, recibos detalladas o copias de cheques cancelados son necesarios para poder considerar reembolso a quienquiera que no sea la funeraria.

SECCIÓN H- GASTOS (Límites son basados en la póliza que estaba en efecto a la hora del crimen.)

Favor de marcar todos los gastos por las que se solicite reembolso:

Gastos Médicos

pago o reembolso de gastos relacionados con el crimen con un hospital, médico, dentista u otro proveedor médico

Gastos de Salud Mental

consejería de salud mental para la víctima del crimen

Asesoramiento de Duelo (hasta \$3.500)

asesoramiento de duelo para los parientes de la víctima de homicidio

Gastos Funerales/de Entierro (hasta \$10.000)

pago o reembolso para el entierro, cremación, y/o lapida conmemorativa y/o lugar del entierro

Perdida de Sueldo

reemplazo de sueldo perdido por la **víctima** si no pudo trabajar por causa de una lesión física relacionado con el crimen, verificado por un médico

Perdida de Apoyo Conyugal

compensación para las víctimas de violencia doméstica o abuso sexual de un menor de edad por sueldos perdidos del agresor si el agresor ha sido sacado de la casa (*el agresor debe tener una obligación legal para apoyar a la víctima*)

Limpieza de la Escena del Crimen

limpieza de artículos dañados a causa del crimen (*no se incluye propiedad personal*)

Alojamiento Temporal

alojamiento necesario cuando una vivienda anterior se vuelve insegura por el crimen

Perdida de Apoyo a causa de Homicidio

apoyo financiero por el cuidado de dependientes legales de una de víctima de homicidio

Prótesis

reembolso por el reemplazo de anteojos, audioprótesis, dentaduras postizas, extremidades postizas u otras ayudas médicamente necesarias

Seguridad para el Hogar (hasta \$1.000)

reembolso por puertas, cerraduras, ventanas, compra e instalación de sistema de seguridad para el hogar

Recetas Farmacéuticas

reembolso por medicamento recetada a causa del crimen (*favor de entregar una copia impresa o etiqueta de la farmacia*)

Kilometraje

Reembolso de kilometraje por ida y vuelta a citas médicas; *kilometraje por ida y vuelta para presentarse en la corte, si la víctima es un menor de edad*

Gastos de Mudanza

reembolso por costos de mudanza profesional, equipaje aniquilado, almacenaje temporal, renta, y pérdida de depósito de garantía (*se requiere contratos con fecha y firma*)

SECCIÓN I- PROVEEDORES MÉDICOS



VIRGINIA VICTIMS FUND
Helping Innocent Victims of Crime
OFFICIALLY CRIMINAL INJURIES COMPENSATION FUND

Enumere los nombres y las direcciones de los médicos que proveían tratamiento médico relacionado con el crimen. Favor de enumerar proveedores médicos en una hoja aparte o adjunte copias detalladas de estados de cuentas.

Nombre del Proveedor: _____

Dirección: _____

Nombre del Proveedor: _____

Dirección: _____

Nombre del Proveedor: _____

Dirección: _____

Nombre del Proveedor: _____

Dirección: _____

Nombre del Proveedor: _____

Dirección: _____

Nombre del Proveedor: _____

Dirección: _____

Nombre del Proveedor: _____

Dirección: _____

SECCIÓN J- DEPENDIENTES

Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	Nú. de Seguridad Social
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Si se aplica para beneficios para pérdida de apoyo para una víctima que sea menor de edad, favor de proveer una copia de la declaración de parte de Social Security mostrando que los beneficios han sido aprobados. Puede entregar la Solicitud de Reclamos de VVF ahora y entregar la documentación de Social Security cuando se le recibe.

Las respuestas deben estar en inglés. Los servicios de traducción verbal están disponibles si se solicitan.