

Oficina del Fiscal General
Secretaría de Asistencia a las Víctimas
División de Compensación para las
Víctimas de Delitos
P.O. Box 220 Jackson, MS 39205
800.829.6766 o 601.359.6766
601.576.4445 (Fax)
attorneygenerallynnfitch.com



Lynn Fitch
ATTORNEY GENERAL

For Office Use Only
(Solo para uso interno)

CLAIM No. _____

Solicitud de compensación para la víctima

LA SOLICITUD DEBE ESTAR COMPLETA, FIRMADA Y CERTIFICADA POR UN NOTARIO. ES RESPONSABILIDAD DE LA VÍCTIMA O DEMANDANTE NOTIFICARLE A ESTA DIVISIÓN CUALQUIER CAMBIO DE DIRECCIÓN O NÚMERO TELEFÓNICO. ENTIENDO QUE EL ARTÍCULO 99-41-31 DEL CÓDIGO ANOTADO DE MISSISSIPPI PROHÍBE Estrictamente LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS OBTENIDOS POR LA DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS PARA PROCESAR LA SOLICITUD DE COMPENSACIÓN. ENTIENDO QUE ESTA PROHIBICIÓN RIGE PARA TODAS LAS PERSONAS QUE NO ESTÉN DIRECTAMENTE INVOLUCRADAS EN LA DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD, CON INCLUSIÓN DEL RECLAMANTE O SU ABOGADO.

Instrucciones

Leer las "Pautas generales de elegibilidad" para saber quién califica para el programa. Completar todo el formulario (en letra de imprenta), adjuntar toda la documentación solicitada, incluso las facturas detalladas, y enviar por correo a la dirección que figura arriba. Si la víctima falleció, incluir gastos específicos de funeral y entierro.

Marcar el tipo de compensación solicitada:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gastos de transporte relacionados con el tribunal | <input type="checkbox"/> Terapia de salud mental (víctima) |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de salario (funeral) | <input type="checkbox"/> Pérdida de manutención (dependientes de víctima fallecida) |
| <input type="checkbox"/> Gastos de limpieza del lugar de los hechos | <input type="checkbox"/> Rehabilitación |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de salario (víctima) | <input type="checkbox"/> Pérdida de colegiatura |
| <input type="checkbox"/> Asistencia para reubicación por violencia doméstica | <input type="checkbox"/> Gastos de reparación o cambio |
| <input type="checkbox"/> Gastos médicos | <input type="checkbox"/> Pérdida de salario (demandante) |
| <input type="checkbox"/> Asistencia para alojamiento temporario por violencia doméstica | <input type="checkbox"/> Transporte (funeral) |
| <input type="checkbox"/> Terapia de salud mental (familiar de víctima) | <input type="checkbox"/> Pérdida de salario (procedimientos judiciales) |
| | <input type="checkbox"/> Transporte (médico/salud mental) |
| | <input type="checkbox"/> Gastos funerarios |

SECCIÓN A : Información de la víctima (persona lesionada o fallecida como consecuencia del delito)

A. Típear o escribir con tinta y letra legible.

B. Se debe completar una solicitud por separado por cada víctima lesionada.

C. Si una persona fue testigo del delito y solicita terapia de salud mental, completar una solicitud por separado.

- Nombre de la víctima _____
- Estado civil _____
- Dirección postal _____
- Ciudad/estado/código postal _____
- Condado _____
- Teléfono residencial/celular () _____
- Teléfono laboral () _____
- Fecha de nacimiento _____
- Edad _____
- N.º de Seguro Social _____
- Correo electrónico _____
- Breve descripción de las lesiones de la víctima _____
- La información de la víctima a continuación se usa solamente para fines estadísticos y es necesaria para cumplir con las reglamentaciones federales.

A. Sexo: Femenino Masculino

B. Discapacidad previa al delito: Sí No

B. Discapacidad posterior al delito: Sí No

D. Raza: Indígena norteamericano o nativo de Alaska Nativo de Hawái o las islas del Pacífico
 Blanco no latino o caucásico Negro o afroamericano
 Hispano o latino Múltiples razas
 Asiático Otro _____

14. ¿Está o estuvo la víctima bajo la supervisión de algún departamento de correccionales (incluye encarcelamiento, liberación anticipada, arresto domiciliario, libertad condicional, libertad bajo palabra, libertad condicional por razones médicas o pacto interestatal, entre otros) en una condena por delito mayor en los 5 años anteriores a la causa de lesión o muerte de la víctima? Sí No

SECCIÓN B: Información del demandante (si el demandante es la víctima, pasar a la Sección C)

Completar esta sección solo si:

A. Usted es la persona responsable de la víctima si esta es menor (de 18 años de edad) o no tiene capacidad para actuar por su cuenta.

B. Usted es la persona legalmente responsable de los dependientes de una víctima fallecida o de los gastos asociados al fallecimiento de la víctima.

- Nombre del demandante _____
- Relación con la víctima _____
- Dirección postal _____
- Ciudad/estado/código postal _____
- Teléfono residencial/celular () _____
- Teléfono laboral () _____
- Correo electrónico _____
- Fecha de nacimiento _____
- Edad _____
- N.º de Seguro Social _____
- ¿Está o estuvo el demandante bajo la supervisión de algún departamento de correccionales (incluye encarcelamiento, liberación anticipada, arresto domiciliario, libertad condicional, libertad bajo palabra, libertad condicional por razones médicas o pacto interestatal, entre otros) en una condena por delito mayor en los 5 años anteriores a la causa de lesión o muerte de la víctima? Sí No Conducir bajo los efectos del alcohol (DUI)

SECCIÓN C: Información del delito

- Tipo de delito (marcar uno)
 - Agresión
 - Pornografía infantil
 - DUI
 - Secuestro
 - Allanamiento de morada
 - Abuso sexual infantil
 - Homicidio
 - Agresión sexual
 - Maltrato físico infantil
 - Violencia doméstica
 - Tráfico de personas
 - Acoso
 - Robo
 - Terrorismo
 - Otro _____
- Fecha del delito: _____
- Fecha de la denuncia: _____
- Nombre de la autoridad del orden público que tomó la denuncia _____
- Denuncia de incidente policial N.º _____
- Nombre del oficial: _____
- Nombre del o los acusados: _____
- ¿Conocía la víctima al acusado? Sí No En caso afirmativo, ¿de qué manera? _____
- Lugar del delito: Dirección _____
- Ciudad/estado/condado _____
- ¿Se presentaron cargos contra el agresor? Sí No
- ¿Hubo arresto? Sí No Desconozco
- ¿Fue al caso a juicio? Sí No Desconozco
- En caso afirmativo, ¿cuándo? _____ ¿Resultado? _____
- N.º de caso o causa judicial _____
- Procurador fiscal: _____
- ¿Ordenó el tribunal al acusado pagar restitución (pagarle a usted)? Sí No Se desconoce

SECCIÓN D: Información del empleo

Complete esta sección solo si corresponde alguna de las siguientes opciones:

A. La víctima tenía un empleo al momento del delito y las lesiones que sufrió afectaron su salario.

B. El demandante faltó al trabajo para atender a la víctima durante su recuperación de las lesiones y esto afectó su salario.

C. El demandante faltó al trabajo para organizar o asistir al funeral de la víctima y esto afectó su salario.

La solicitud por pérdidas de salario es para Víctima Demandante Nota: Tanto la víctima como el demandante pueden recibir una indemnización por la pérdida de ingresos. Ambas indemnizaciones no pueden exceder el máximo de \$600 por semana.

- Fechas de ausentismo laboral debido al delito: De _____ a _____
- Empleador: _____
- N.º telefónico del empleador: _____
- Dirección del empleador: _____
- Ciudad/estado/código postal: _____
- Puesto laboral: _____
- Nombre del supervisor: _____
- ¿Es trabajador independiente? Sí No

En caso afirmativo, adjuntar copia de la última declaración federal de impuestos.

SECCIÓN E: Pérdida de manutención de dependientes

Completar la siguiente información solo si la víctima tenía a cargo la manutención de un dependiente al momento de su fallecimiento.

1. ¿Contribuía económicamente la víctima con la manutención de algún dependiente al momento de su fallecimiento? Sí No

En caso afirmativo, enumerar los dependientes (adjuntar hoja adicional si es necesario)

Nombre	Dirección	N.º de Seguro Social	Relación con la víctima	Fecha de nacimiento

2. Adjuntar copia de la última declaración federal de impuestos de la víctima y prueba de la relación de dependencia. (Es posible que se solicite más información para determinar la dependencia y pérdida real de manutención.)

SECCIÓN F: Información del seguro y recursos adicionales

Por ley, la División de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia y se deben verificar todos los demás recursos disponibles para el pago de los gastos. Esta sección debe estar completa. Marcar cada recurso según corresponda.

1. Origen

	Solicitado por	N/C
Seguro de salud <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Seguro del automóvil <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Seguro Social: SSI <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Seguro Social: Discapacidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Seguro Social: Indemnización por fallecimiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Indemnización por accidentes laborales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Medicaid <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Medicare <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Administración de Veteranos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Indemnización por desempleo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Subsidio por discapacidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Seguro de vida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Monto de la póliza _____		
Beneficiario _____		
Relación con la víctima _____		
Póliza del seguro de entierro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Monto de la póliza _____		
Donaciones para gastos funerarios <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Monto _____		
Otro (especificar) _____		

2. Enumerar nombre, dirección y número telefónico de cada compañía de seguros indicada arriba.

Aseguradora

Dirección

N.º de teléfono

3. Si hubo un vehículo involucrado en el delito, incluir en la lista el nombre y la dirección de la compañía de seguros de automóviles del agresor. _____

SECCIÓN G: Información del abogado

1. ¿Ha iniciado o considera iniciar una acción civil contra el agresor o terceros por gastos ocasionados por el delito? Sí No En caso afirmativo, completar lo siguiente:

A. Nombre del abogado _____ B. Teléfono _____
C. Dirección postal _____

SECCIÓN H: Información para remisiones

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Servicios para niños | <input type="checkbox"/> Madres contra Conductores Ebríos | <input type="checkbox"/> Autoridad del orden público |
| <input type="checkbox"/> Casa funeraria | <input type="checkbox"/> Coordinador de asistencia a las víctimas | <input type="checkbox"/> Cartel o folleto |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta de salud mental | <input type="checkbox"/> Fiscal de Distrito | <input type="checkbox"/> Servicios para ancianos |
| <input type="checkbox"/> Agencia para sobrevivientes de homicidio | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Medios (TV, radio, periódicos) |
| <input type="checkbox"/> Agencia gubernamental de la ciudad o el condado | <input type="checkbox"/> Otra agencia de servicios sociales | <input type="checkbox"/> Centro de atención ante crisis por agresión sexual |
| <input type="checkbox"/> Hospital/médico | <input type="checkbox"/> Refugio para violencia doméstica | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

SECCIÓN I: Autorización, consentimiento y subrogación

CONSENTIMIENTO: Reconozco y acepto que el pago total o parcial de la indemnización se podrá efectuar directamente a las personas correspondientes, según lo decida la División de Compensación para las Víctimas de Delitos.

SUBROGACIÓN: Acepto reembolsar inmediatamente a la División de Compensación para las Víctimas de Delitos toda indemnización recibida, si luego recupero el dinero por medio de acciones legales u otros métodos. Además, acepto notificar a la División de Compensación para las Víctimas de Delitos por escrito antes de presentar una demanda civil por un hecho ilícito. En vista de cualquier indemnización otorgada por la División de Compensación para las Víctimas de Delitos, acepto entregar a la referida división o sus representantes toda la información solicitada, incluidos datos impositivos y registros policiales anteriores, necesarios para realizar mi reclamo de compensación correctamente.

AUTORIZACIÓN: Por la presente autorizo, de acuerdo con las reglamentaciones de privacidad contempladas en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (45 C.F.R. § 164.508, HIPAA), a todo hospital, médico, proveedor de atención médica, terapeuta de salud mental; a todo encargado de funeral u otra persona que preste servicios relacionados; a todo empleador de la víctima o el demandante; a toda autoridad gubernamental o del orden público, incluidas autoridades impositivas federales o estatales; a toda compañía de seguros; o a toda otra persona, empresa, agencia u organización con conocimiento relevante, a proporcionarle a la División de Compensación para las Víctimas de Delitos, toda la información que posea en relación con el incidente que sustenta este reclamo.

AVISO: La persona que firma la presente autorización puede solicitarle a la entidad que le proporcione una copia de la autorización y una copia de la información médica protegida que se divulgará. La persona que firma la presente autorización tiene el derecho a revocarla en cualquier momento, siempre y cuando la revocación sea por escrito, excepto en la medida en que la entidad ya haya hecho uso de la autorización para divulgar la información médica protegida. Se considera efectiva y válida como original una fotocopia de la presente autorización. La presente autorización vence en 3 años a partir de la fecha en que la víctima o el demandante firman abajo, o cuando se resuelva el reclamo.

CERTIFICADO DE SOLICITUD: Por la presente certifico que he leído, comprendo y acepto todo lo declarado anteriormente. Además, certifico, sujeto a la pena de multa y reclusión, que la información de esta solicitud de compensación para las víctimas de delitos es verdadera y correcta según mi conocimiento.

Firma de la víctima o el demandante

Fecha

(debe ser mayor de 18 años para firmar)

Firmado y jurado ante mí, el Escribano abajo firmante, en el día

_____ de _____, _____.

Escribano Público: _____ Vencimiento de la habilitación: _____

PAUTAS GENERALES DE ELEGIBILIDAD PARA LA COMPENSACIÓN PARA LAS VÍCTIMAS

- El delito debe denunciarse ante oficiales del orden público dentro de las 72 horas de ocurrido o demostrar causa justificada para no hacerlo.
- La solicitud se debe recibir dentro de los 36 meses de la fecha del delito. En casos de abuso sexual infantil, la solicitud se debe recibir dentro de los 36 meses luego de haberse denunciado el delito, pero antes de que la víctima cumpla 25 años.
- La víctima o el demandante deben cooperar totalmente con la investigación de las fuerzas del orden público y la fiscalía.
- La víctima no debe haber contribuido a la lesión o muerte, ni haberlas provocado o causado de ninguna manera. Tales reclamos pueden ser denegados o reducidos.
- Primero corresponde recurrir a los demás recursos de pago, como seguros, Medicaid, Medicare e indemnización por accidentes laborales.
- Existen otras limitaciones.

¿QUIÉN PUEDE SOLICITARLA?

- La víctima de un delito violento que haya sufrido lesiones personales o un trauma psicológico grave como consecuencia, o un familiar de la víctima fallecida, tienen derecho a solicitarlo. Los tipos de delitos incluyen: agresión, allanamiento de morada, maltrato físico infantil, abuso sexual infantil, pornografía infantil, delitos de tránsito (DUI), homicidio, tráfico de personas, secuestro, robo, agresión sexual, acoso y terrorismo.
- Dependientes de una víctima fallecida o personas autorizadas a actuar en nombre de los dependientes de una víctima fallecida.
- Personas autorizadas a actuar en nombre de la víctima si esta es menor o no tiene capacidad para actuar por su cuenta.
- Familiares de la víctima que tienen gastos de terapia de salud mental relacionados con el reclamo.
- Personas que tienen gastos funerarios por la víctima.
- Residentes de Mississippi que resultan víctimas de un delito en otro país que no ofrece fondos de compensación.
- Personas que hayan presenciado un delito violento y sufren un trauma psicológico grave.

¿QUIÉN NO ES ELEGIBLE?

- Una víctima involucrada en una conducta ilícita.
- El agresor o el cómplice de este.
- Las personas heridas en un accidente automovilístico, a menos que el agresor (1) usara intencionalmente el vehículo como arma, (2) no prestara asistencia luego del accidente, (3) estuviera conduciendo bajo los efectos del alcohol (DUI), (4) estuviera intentando escapar de oficiales del orden público, u (5) ocasionara lesiones a un menor en su ascenso o descenso de un autobús escolar en infracción del artículo 63-3-615 del Código Anotado de Mississippi.
- Toda persona reclusa en una institución penal al momento del delito.
- Una víctima o un demandante que, luego de sufrir las lesiones por las cuales se realiza la solicitud a la División, fuera condenado por un delito mayor y la División toma conocimiento de dicha condena.
- Una víctima o demandante que tiene tres condenas previas por delitos mayores.
- Una víctima o demandante que estuvo bajo supervisión de un departamento de correccionales dentro de los 5 años anteriores a las lesiones o muerte de la víctima.

Este proyecto cuenta con el apoyo total o parcial de la adjudicación de subvención número 2020-VA-050.01 otorgada por el Departamento de Salud del estado de Mississippi. Las opiniones, resultados, conclusiones o recomendaciones que se expresan en esta publicación corresponden al autor, y no necesariamente reflejan las opiniones del estado de Mississippi, el Departamento de Salud del estado de Mississippi, la Oficina contra la Violencia Interpersonal o el Departamento de Justicia de Estados Unidos, la Oficina de Programas Judiciales, Oficinas para Víctimas del Delito.

GASTOS ADMISIBLES

- Gastos médicos: hasta \$15,000 por reclamo.
- Gastos de transporte para recibir servicios médicos o de salud mental a una distancia de al menos 45 millas desde el lugar de residencia de la víctima o el demandante: hasta \$500 por reclamo.
- Gastos funerarios: hasta \$6,500, y gastos de transporte para organizar y asistir al funeral: hasta \$800 por reclamo.
- Terapia de salud mental para la víctima y familiares de la víctima: hasta \$3,500 por reclamo.
- Pérdida de salario de la víctima: hasta \$600 por semana, durante 52 semanas, sin exceder los \$20,000 por reclamo.
- Pérdida de salario del demandante por atender a la víctima durante su recuperación de las lesiones: hasta \$600 por semana, durante 52 semanas, sin exceder los \$20,000 por reclamo.
- Pérdida de salario del demandante para organizar y asistir al funeral: hasta \$600 por reclamo por una semana.
- Pérdida de manutención de los dependientes de una víctima fallecida: hasta \$600 por semana durante 52 semanas, sin exceder los \$20,000 por reclamo.
- Pérdida de colegiatura.
- *Asistencia para alojamiento temporario por violencia doméstica: hasta \$500 por única vez.
- **Asistencia para reubicación por violencia doméstica: hasta \$2,000 por única vez.
- Reembolso de gastos de transporte relacionados con el tribunal: hasta \$1,000 por reclamo.
- Gastos de reparación o cambio de ventanas exteriores, cerrojos, puertas y otros elementos de seguridad dañados en una vivienda: hasta \$1,000 por reclamo.
- Limpieza del lugar de los hechos: hasta \$1,000 por reclamo (solo para casos de agresión y homicidio).
- Es obligatoria la comprobación de los gastos.
- La indemnización máxima total por gastos incurridos es de \$20,000.
- Pueden existir otras limitaciones.
 - * La solicitud de este subsidio se debe hacer a través de un refugio para violencia doméstica, un oficial del orden público, un procurador o un oficial de justicia.
 - ** La solicitud de este subsidio se debe realizar a través de un refugio para violencia doméstica

GASTOS NO ADMISIBLES

- Propiedad robada o dañada.
- Dolor y sufrimiento.
- Honorarios de abogados.
- Existen otras limitaciones.



Lynn Fitch
ATTORNEY GENERAL

La Oficina del Fiscal General de Mississippi, mediante su Programa de Asistencia a las Víctimas, ofrece servicios adicionales, como información y remisiones, defensa para la víctima y servicios jurídicos relacionados. Para obtener más información sobre este programa, comuníquese al 601.359.6766 u 800.829.6766.