Office of the Attorney General

The Capitol, PL-01 • Tallahassee, FL 32399-1050
Oficina: (850) 414-3300 • Fax: (850) 487-1595 o (850) 487-2625
Dirección de internet: http://myfloridalegal.com

MODELO DE SOLICITUD DE AYUDA A VICTIMAS

Este documento está disponible en formatos alternativos a petición.
Si necesita ayuda al llenar este modelo o desea recibir información o ser remitido a un programa local de asistencia a víctimas, por favor llame al número gratuito de información y referencia 1-800-226-6667.
Los usarios del TDD pueden llamar a través del servicio Florida Relay 1-800-955-8771.

Instrucciones

Por favor lea los "Requisitos de Elegibilidad" en la última página para verificar si usted reune las condiciones para este programa. Llene este modelo en su totalidad (por favor utilice letra de molde), incluya la documentación requerida y envíela por correo a la dirección que aparece en la parte superior de este modelo. Si usted se muda o cambia de dirección por favor notifíquelo a esta oficina. Se realizara una revision en el expediente criminal de cada victima y demandante en busca de la ayuda remunerada para las victimas.

SELECCIONE, MARCANDO CON UNA X, EL TIPO DE AYUDA DE COMPENSACION A VICTIMAS QUE USTED SOLICITA:

☐ INVALIDEZ—compensación a las víctimas que sufrio una invalidez permanente. (Anexar documento escrito por el doctor donde certifque su incapacidad.)

☐ PERDIDA DEL SALARIO—compensación a la víctima que no percibió su salario o fuente de ingreso debido a un crimen o delito. (Anexar documento del empleador.)

☐ PERDIDA DE SUSTENTO O PROTECCION—compensación a las personas dependientes de o a cargo de una víctima que ha fallecido y que tenía trabajo o empleo en el momento del crimen.

☐ GASTOS—pago o reembolso a favor o en nombre de la víctima por los gastos debidos al crimen o delito incluyendo el funeral y entierro, atención médica, dental y mental, así como recetas, espejuelos, prótesis dentales, otras prótesis perdidas, dañadas o requeridas a causa del crimen o delito. (Anexar detalladamente facturas y recibos.)
☐ FUNERAL/ENTIERRO ☐ TRATAMIENTO MEDICO/DENTAL ☐ CONSULTA DE SALUD MENTAL

☐ ASISTENCIAS DE URGENCIA—un reembolso por salarios perdidos y gastos ocasionados por el crimen mediante documentos que lo justifiquen. (Anexar recibos.)

☐ PERDIDA DE PROPIEDADES—Para adultos de edad avanzada (60 años de adad o mayores) y adultos incapacitados quienes sufrieron perdidas tangibles de propiedades personales como resultados de actos criminales o delictivos. (Anexar un estimado por escrito o recibos.)

☐ AYUDA DE REUHICACION POR VIOLENCIA DOMESTICA—Para las victimas de violencia domestica que buscan ayuda para tener un ambiente seguro. Certificado del asilo debe acompañar esta solicitud.

Sección 1. Información Sobre la Víctima (por favor, escriba con letra de molde)

NOMBRE DE LA VICTIMA (apellidos y nombre)			FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año)
DIRECCION			DIRECCION DEL CORREO ELECTRONICO
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	NUMERO DEL SEGURO SOCIAL
NUMERO DE CELLULAR O TRABAJO O OTRO NUMERO DONDE SE LE PUEDE LLAMAR ( )		NUMERO DE TELEFONO DEL HOGAR ( )	

ESTA INFORMACIÓN ES SOLICITADA PARA REPORTES FEDERALES Y ES OPCIONAL.
RAZA: ☐ CAUCÁSICO ☐ AFRO NORTEAMERICANO ☐ HISPANO ☐ INDIO DE ORIGEN NORTEAMERICANO O NATIVO DE ALASKA ☐ ASIÁTICO O ISLEÑO PACÍFICO ☐ OTRO, IDENTIFIQUE: _____

SEXO: ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO | ¿ESTABA LA VÍCTIMA INCAPACITADA ANTES DE QUE EL CRIMEN OCURRIERA? ☐ SI ☐ NO

SOLICITANTE, SI LA VICTIMA ES (elige uno) ☐ DIFUNTO ☐ MENOR DE EDAD LESIONADO ☐ MENOR DE EDAD NO LESIONADO ☐ INCAPACITADO ☐ ADULTO DE EDAD AVANZADA O INCAPACITADO

NOMBRE DEL SOLICITANTE (apellidos y nombre)			FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año)
DIRECCION			DIRECCION DEL CORREO ELECTRONICO
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	NUMERO DEL SEGURO SOCIAL
NUMERO DE CELLULAR O TRABAJO O OTRO NUMERO DONDE SE LE PUEDE LLAMAR ( )		NUMERO DE TELEFONO DEL HOGAR ( )	PARENTESCO O RELACION CON LA VICTIMA

Sección 2. Información sobre la Persona que le Ayuda a Llenar la Solicitud

Si alguien le ayuda a llenar este modelo, dé la siguiente información.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE LE AYUDA CON ESTE IMPRESO (apellidos y nombre)	DIRECCION DEL CORREO ELECTRONICO
NOMBRE DE LA ORGANIZACION O AGENCIA DONDE TRABAJA LA PERSONA	
DIRECCION DE LA AGENCIA (dirección, ciudad, estado, y código postal)	NUMERO DE TELEFONO

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Sección 3. Información Sobre Invalidez o Pérdida de Salarios

Incluya un recibo o una declaración de ingresos que muestre sus ingresos cuando el crimen o delito fue cometido. Si usted tiene su propio negocio incluya una copia de su informe para el pago del último impuesto sobre la renta, incluyendo el horario C. Si faltó más de 5 días laborales a su trabajo como consequencia del crimen o delito, incluya una carta del médico verificando esta ausencia. Por invalidez, incluya una carta del médico declarando el grado de invalidez.

NOMBRE DEL SUPERVISOR	NUMERO DE TELEFONO

NOMBRE DE LA COMPAÑIA (si tiene más de un empleo incluya una hoja adicional)

DIRECCION DE LA COMPAÑIA (dirección, ciudad, estado, código postal)

¿ESTA LA PERDIDA DE INGRESOS CUBIERTA POR EL SEGURO? ☐ SI ☐ NO | ¿ESTA LA VICTIMA INCAPACITADA COMO RESULTADO DEL CRIMEN? ☐ SI ☐ NO

¿ESTA LA PERDIDA DE INGRESOS CUBIERTA POR INDEMNIZACION AL TRABAJADOR? ☐ SI ☐ NO

Sección 4. Información Sobre la(s) Persona(s) que Perdió el Sustento o Protección de la Persona que la(s) Mantenía

Indique abajo el nombre de la(s) persona(s) dependientes o a cargo de la persona fallecida: cónyuge, padres, hermana/o, o hijos. Anexar la ultima declaración de impuesto de la victima o alguna otra prueba de dependencía.

NOMBRE DE LA PERSONA A CARGO DEL FALLECIDO	FECHA DE NACIMIENTO	RELACION CON LA PERSONA FALLECIDA

Sección 5. Información de Gastos

Envie copias de las quentas que son relacionadas como resultado de el crimen de los doctores, hospitales, y psicólogos que atendieron a la víctima y de los gastos económicos que se derivaron de las consultas. Si la persona falleció, dé el nombre de la funeraria, añada las cuentas, y agregue otra hoja si es necesario.

Sección 6. Información de las Propiedades Perdidas

Este benificio esta limitado solo a las personas incapacitadas o adultos de 60 años de la edad o más viejo. Conecte un recibo o la estimación escrita de un mercadero el vendedor para reemplazo de la propiedades perdida como resultado de el crimen. Los items compensables se deben identificar en el reporte de policia.

Sección 7. Información de Recolocación por Violencia Domestica. Complete toda la seccion 2.

Este benificio es solo applicable si applica entre 30 dias de el dia en que ocurio el crimen y es procesado por medio de un centro certificado de violencia domestica.

Sección 8. Información Sobre el Seguro

EL SEGURO O MEDICAID ESTA EN CACIDAD DE CUBRIR ESTOS COSTOS? ☐ SI ☐ NO NUMERO DE MEDICAID _____

En caso de ser si, suministre lo siguiente para todas las pólizas de seguros incluyendo Medicaid y Medicare, seguro de vida, seguro de vivienda, seguro de automóvil o seguro médico que ayudarian a sus gastos. Incluya todos los documentos relacionados con los seguros que expliquen los beneficios obtenidos.

1. NOMBRE DE LA COMPAÑIA		NUMERO DE LA POLIZA	NUMERO DE TELEFONO
DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
2. NOMBRE DE LA COMPAÑIA		NUMERO DE LA POLIZA	NUMERO DE TELEFONO
DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL

Sección 9. Información Sobre Abogado

¿HA TRATADO USTED DE PONER UNA DEMANDA CIVIL POR EL CRIMEN? ☐ SI ☐ NO

NOMBRE DE ABOGADO		NUMERO DE TELEFONO ( )
DIRECCION		CORREO ELECTRONICO
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL

Sección 10. Información Sobre el Crimen

Por favor complete lo siguiente y si es posible incluya una copia del informe policial.

¿EL CRIMEN FUE REPORTADO A LAS AUTORIDADES PERTINENTES EN UN PLAZO DE 72 HORAS? ☐ SI ☐ NO EN CASO DE NO, EXPLICAR _____

FECHA DEL CRIMEN O DELITO	FECHA DE DENUNCIA A LOS AGENTES DE LA LEY	DENUNCIADO A (agencia de la ley)

LUGAR DONDE OCURRIO EL CRIMEN O DELITO (dirección, ciudad, condado)

TIPO DE CRIMEN O DELITO	NUMERO DEL REPORTE DE POLICIA

NOMBRE DEL AGENTE DE LA LEY

NOMBRE DEL AGRESOR O CAUSANTE (si se sabe)

¿HA SIDO ARRESTADO EL AGRESOR? ☐ SI ☐ NO ¿SE HA LLEVADO EL CASO A JUICIO? ☐ SI ☐ NO EN CASO AFIRMATIVO FECHA

NOMBRE DEL FISCAL QUE LLEVA EL CASO	NUMERO DE CASO EN EL JUZGADO

SI LA SOLICITUD NO SE PRESENTO DENTRO DE UN AÑO DESPUES DE QUE OCURRIO EL CRIMEN O DELITO, POR FAVOR EXPLIQUE EL RETRASO EN PRESENTAR LA SOLICITUD:

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE Y FIRME LAS SIGUIENTES CERTIFICACIONES

Sección 11.

CONFIDENCIAL: Si usted es víctima de agresión sexual, asalto grave, abuso de menores, hostigamiento, violación, apaleamiento grave o violencia doméstica, usted tiene el derecho de mantener la dirección de su casa, el número de su teléfono, dirección de su trabajo y número de teléfono y sus propiedades personales bajo secreto confidencial por un período de 5 años. Si usted es víctima de uno de esos crímenes o delitos, por favor marque uno de los siguientes enunciados. Su respuesta no afectará la tramitación de su solicitud.

☐ **Quiero que la información sea confidencial.** ☐ **No quiero que la información sea confidencial.**

SERIA SITUACION ECONOMICA (PENURIA FINANCIERA): Yo certifico que me encuentro en una situación de penuria económica grave debido a los gastos ocasionados por el crimen o delito, que no pueden ser pagados por ninguna otra fuente de ingreso.

CERTIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE PROPIEDADES: Yo certifico que la propiedad pertencio a las victima; que la perdida expuesta en este caso pertencio a la victim; que la perdida afecta a las calidad de la victima; es esta y no otra fuente de reembolso para perdida; y que esta perdida de propiedad causaria un dificultad financiera seria.

DIVULGACIÓN DE INFORMACION: Yo doy permiso a cualquier hospital, doctor, dentista, psicólogo, o al proveedor de otro tratamiento, institución bancaria, agencia de servicio social, agencia de aplicación de ley, agencia de correcciones, oficina de abogado del estado, agente de seguro, abogado o patrono a dar la información requerida a la Oficina del Procurador General sobre cualquier tratamiento recibido, empleo, seguro o información de cualquier otra persona o institución que haya ayudado financialmente, tercera persona como pagador, o oficina de ivestigaction legal para ser utilizado en la tramitación de ésta solicitud. Yo doy permiso a la Oficina del Procurador General para que dé información sobre el estado de mi solicitud a cualquier agente o proveedor de un tratamiento ofrecido, agencias de aplicacion de ley o oficina de abogado del estado.

REQUISITO DE DEVOLUCION: Yo entiendo que el pago concedido por el programa de compensación a las víctimas es un pago de último recurso. Si yo recibo una ayuda y un pago de otra fuente por los mismos gastos, yo debo devolver cualquier ayuda de emergencia del Fondo de Compensación por Crimen. Esto incluye cualquier pago que pueda recibir del causante del crimen, de cualquier póliza de seguros, o de cualquier acuerdo o sentencia de una corte civil. Entiendo además que debo devolver cualquier ayuda de emergencia recibida del Fondo de Compensación por Crimen, si mi solicitud no reúne los requisitos. También entiendo que si mi petición es denegada debo devolver la cantidad recibida del Fondo de Compensación por Crimen.

La información que he proveído es verdadera y correcta según mi mejor entender.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

(debe tener 18 años de edad o mayor)

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

OFICINA DE PROGRAMA DE COMPENSACION A VICTIMAS DE DELITOS O CRIMENES EN LA FLORIDA

Requisitos para Tener Derecho a la Ayuda

La víctima o el solicitante debe cooperar plenamente con los agentes de la ley, oficina estadal abogado y oficina general abogado.

El crimen debe ser reportado a las autoridades o agentes de la ley en los tres días siguientes al crimen, a menos que exista razón justificada por la demora.

La solicitud debe ser presentada en el primer año de la fecha del crimen o delito, pero el tiempo para presentar puede ser extendido a dos años cuando hay justificada razón por no haberlo hecho en el primer año. Puede haber excepciones para las víctimas menores de edad.

Para solicitar ayuda, la persona no puede haber contribuído a las circumstancias que causaron las lesiones o muerte.

Remuneracion a la Victima: La víctima debe haber sufrido heridas físicas, psiquiatrico o psicologico o muerte como consecuencia del crimen. (Excepciones pueden ser aplicadas.)

Perdida de Propiedades: Victimas de 60 años de edad o mayores o con incapacidad quienes sufrieron perdidas tangibles propiedades personales como resultado de un acto criminal o delictivo pueden recibir hasta $500 de reembolso por perdida de propiedades.

Ayuda para Recolocación por Violencia Domestica: Victimas quienes necesitan ayuda immediata para escapar de la violencia domestica pueden recibir asistencia financial para recolocación. Applicante debe de applicar entre 30 dias despues de el dia de el crimen; se require la certificacion del centro de ayuda a victimas de un centro certificado de violencia domestica.

La revicion del expediende del hitorial crimanl se realizara a través del centro de informacion de crimen del estado de la Florida para todas las victimas y solicitantes. Personas que an sido adjudicado de un delito como un delincuente habitual de crimen, delinquente violento habitual, o crimen violento de carrera, y personas que han sido culpables adjudicado de una ofens fuerte de un crimen no son eligibles para recibir benificios.

(doble aquí y selle)

NO POSTAGE NECESSARY IF MAILED IN THE UNITED STATES

BUSINESS REPLY MAIL

FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 663 TALLAHASSEE, FL

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL
DIVISION OF VICTIM SERVICES
THE CAPITOL, PL-01
TALLAHASSEE FL 32399-9914

(doble aquí y selle)

Beneficios Compensatorios

El Programa de Compensación a las Víctimas puede conceder ayuda financiera para personas que cumplan los requisitos pero sólo cuando otras fuentes de recurso se hayan agotado.

Por la ley de Florida, aceptado por el estado los pagos concedidos a el proveedor, en nombre de la víctima, son considerados pagos totales.

Los solicitantes que se determinen con derecho al Programa de Compensación a las Víctimas puede ser exentos del deducible y de los pagos de provisión de sus pólizas de seguro.

El total de remuneracion de la víctima no pueden exceder la concesión máxima de $25,000 ($50,000 para daños catastroficos); por reclamo. Los limites debajo del maximo puenden aplicarse a los beneficios especificados, que se pueden reducir sin el aviso anterior al recipiente del la concesion basado en la disponiblidad del financiamento.