

**INDIANA CRIMINAL JUSTICE INSTITUTE
VIOLENT CRIME COMPENSATION FUND**

101 West Washington St. - Suite 1170 East
Indianapolis, Indiana 46204-2038
Telephone: 1-800-353-1484

En 1978 la Asamblea General de Indiana aprobó una ley que, por primera vez en Indiana, proporcionaba asistencia financiera a las víctimas de crímenes violentos.

- 1 El solicitante deberá ser la víctima, cónyuge sobreviviente o menor dependiente de la víctima de un crimen violento, que comprende también aquellos casos donde se presente evidencia de manejo en estado de ebriedad.
 - 2 El crimen deberá haber ocurrido dentro del Estado de Indiana.
 - 3 El crimen deberá haber sido reportado a la policía dentro de las cuarenta y ocho (48) horas posteriores al acontecimiento y la víctima o el solicitante deberá cooperar con las autoridades competentes vinculadas al crimen.
 - 4 La víctima deberá haber incurrido en gastos médicos que superen los \$100.00 como resultado del crimen. Se tomarán en cuenta gastos tales como asesoría, pérdida de ingresos y gastos funerales una vez que se haya cubierto el mínimo. (*Se dispone de un máximo de \$15,000.00 para este beneficio*)
 - 5 La víctima no deberá haber contribuido al crimen.
 - 6 En circunstancias especiales, se aconseja a los solicitantes entrar en contacto con la División de sus abogados para obtener mayor información sobre los requisitos necesarios.
-
- 1 La solicitud de beneficios deberá presentarse ante esta oficina a más tardar a los 180 días de la fecha del crimen. La víctima o el solicitante deberá llenar y firmar la solicitud.
 - 2 La solicitud deberá llenarse en persona o enviarla por correo.
 - 3 En el caso de que el solicitante sea menor de edad (menor de 18 años), uno de los padres o el representante legal deberá firmar. En este caso, debe incluirse junto con el formulario una copia certificada de la tutela del menor.
 - 4 Envíe el formulario original a la División, a la dirección que se encuentra al comienzo de esta hoja.
 - 5 **POR FAVOR AVISE A LA DIVISIÓN DE CUALQUIER CAMBIO DE NOMBRE, DIRECCIÓN O TELÉFONO.**

Para mayor información por favor comuníquese con la oficina al número telefónico indicado arriba

SOLICITUD DE BENEFICIOS DEL FONDO DE COMPENSACIÓN POR CRÍMENES VIOLENTOS

State Form 23776 (R9 / 3-97)

* Esta oficina del Estado solicita los números de Seguro Social necesarios para cumplir con el propósito estatutario de la misma, de conformidad con el IC 4-1-8.

** Esta información es con fines estadísticos y no afectará la condición de elegibilidad del solicitante.

INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA							
Nombre de la víctima (<i>apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre</i>)						Estado civil	
*Nº de Seguro Social	Sexo	† Masculino † Femenino	Fecha de nacimiento	**Raza	† Blanco † Negro	† Hispano † Asiático	† Amerindio † Otro
Nombre(s) del(los) dependiente(s) de la víctima							
INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE							
Nombre del solicitante (<i>si es diferente de la víctima/ apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre</i>)						* Nº de Seguro Social	
Dirección de la víctima o solicitante (<i>número y calle</i>)						Teléfono del trabajo ()	
Ciudad, estado, Código postal						Teléfono del domicilio ()	
Parentesco del solicitante con la víctima							
LESIONES SUFRIDAS POR LA VÍCTIMA							
¿Qué heridas sufrió la víctima a causa del crimen?							
Hospital donde recibió tratamiento							
Dirección (<i>número y calle, ciudad, estado, código postal</i>)							
Nombre del médico tratante							
Dirección (<i>número y calle, ciudad, estado, código postal</i>)							
CRIMEN Y ACCIÓN JUDICIAL							
Fecha en que ocurrió el crimen				Lugar donde ocurrió el crimen (<i>ciudad, estado, condado</i>)			
Describa brevemente el crimen							
Fecha y hora cuando se introdujo el reporte a la policía		Nombre de la oficina de las autoridades competentes		Nombre del detective		Número del caso (<i>si se conoce</i>)	
† AM † PM							
Nombre del (los) sospechoso(s)				Relación de la víctima con el sospechoso			
¿Ha sido arrestado el(los) sospechoso(s)?							
† Sí † No							
¿Quería usted tomar acción judicial?							
† Sí † No							
Si contesta "No", por favor explique:							
Número del caso (<i>si se conoce</i>)							

SEGURO

¿Las lesiones sufridas están cubiertas bajo alguno de los siguientes?

† Medicare

† Medicaid

† Compensación del trabajador

† Síndico del Condado

Monto del seguro médico y del auto \$ _____

Compañía(s) _____

Compañía de Servicios de Médicos _____

Cobertura _____

Como resultado del crimen, ¿recibe alguno de los siguientes beneficios?

Beneficio de incapacidad del Seguro Social

\$ _____

Mensual

Beneficio de sobrevivientes del Seguro Social

\$ _____

Mensual

Beneficio del seguro de vida

\$ _____

TOTAL

¿Es usted el beneficiario?

† Sí

† No

Beneficio de Compensación del Trabajador

\$ _____

Semanal

Beneficio del empleador por incapacidad

\$ _____

Semanal/Mensual

INFORMACIÓN DE TRABAJO

Nombre del lugar de trabajo de la víctima

Teléfono del trabajo

()

Dirección (número y calle, ciudad, estado, código postal)

EXONERACIÓN

A través de la presente eximo a la División de Compensación por Crímenes Violentos del Estado de Indiana de cualquier responsabilidad relacionada con el procesamiento y pago de esta solicitud. Si ésta fuera a probada y el estado de los fondos usados para dicha compensación fuera tal que se necesitara prorratear el pago, eximo y exoneró a la División de Compensación por Crímenes Violentos de cualquier responsabilidad de realizar pagos más allá de lo que he recibido de los fondos.

SUBROGACIÓN

A través de la presente el solicitante asegura que no ha hecho ni hará ningún convenio o ha llegado a ningún acuerdo con terceras partes que pudieran ser responsables de daños al solicitante; y éste, en vista de cualquier pago o donación de parte de la División de Compensación por Crímenes Violentos, de acuerdo con el IC 5-2-6.1-22, por este medio releva al Estado de Indiana de la continuación de dicho pago o donación, de conformidad con lo establecido en el estatuto. Por la presente el solicitante autoriza al Estado de Indiana a demandar en su nombre, a expensas del Estado de Indiana, otorgando su cooperación absoluta en dicho procedimiento, para ejecutar todos los documentos e instrumentos y hacer todo lo necesario para obtener el derecho a presentar dicho caso.

CONSENTIMIENTO DE PAGO A LOS PROVEEDORES

A través de la presente doy mi permiso y mi consentimiento para que si se efectúa una donación, cualquier monto adeudado a proveedores de servicios médicos u otra institución o persona indicada, incluyendo honorarios los profesionales de mi abogado, sea cancelado directamente a dicha entidad por intermedio de la agencia, sin necesidad de pagarse a mí.

AUTORIZACIÓN PARA DESGLOSAR INFORMACIÓN

A través de la presente autorizo a cualquier hospital, médico o individuo que haya atendido o examinado a cualquier persona al cuidado o que haya prestado servicios; cualquier empleado de la víctima; policía u otra autoridad municipal u oficina, o a las autoridades públicas; cualquier compañía u organización de seguros, o sus representantes, a presentar toda la información relevante al incidente que trajo como resultado la lesión o muerte de la víctima y fundamenta la solicitud de beneficios aquí presentada. La copia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como su original.

Yo, el solicitante, por este medio doy fe, so pena de castigo por perjurio, de que las declaraciones aquí contenidas son verdaderas, a mi mejor saber y entender, y se realizaron con el fin de persuadir al Estado de Indiana a hacerme entrega de los beneficios por las pérdidas sufridas, tal y como se describieron anteriormente, a través del Fondo de Compensación para Víctimas de Crímenes Violentos, como lo dispone el IC 5-2-6.1-40.

Firma del solicitante

Fecha