

CRIME VICTIM COMPENSATION APPLICATION

Michigan Department of Health and Human Services

Completar la solicitud.

Para realizar consultas sobre Compensación para Víctimas de Delitos, llame al 517-241-7373.

SECCION 1 – Información para Víctimas: Complete esta sección para la persona que fue lesionada físicamente.

1. Nombre de la Víctima (apellido, nombre, segundo nombre)		2. Fecha de Nacimiento 1234567890		
3. Número del Seguro Social	4. Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
5. Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro		6. Dirección de Correo Electrónico		
7. Número de Contacto Telefónico		8. Método de Notificación Preferido <input type="checkbox"/> Correo USPS <input type="checkbox"/> Email		
9. Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo				

Complete la Sección 2 SOLO si la víctima es
 un Menor Fallecido Incapacitado

SECTION 2 – Claimant Information

10. Nombre del Demandante (apellido, nombre, seg. nombre)		11. Fecha de Nacimiento (Nac.)			
12. Número del Seguro Social	13. Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal	
14. Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro		15. Dirección de Correo Electrónico			
16. Número de Contacto Telefónico		17. Método de Notificación Preferido <input type="checkbox"/> Correo USPS <input type="checkbox"/> Email			
18. Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo					
19. Su relación con la víctima <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro _____					
20. ¿Es o fue usted dependiente de la víctima fallecida en relación a Apoyo Financiero Principal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Sí es así, suma mensual _____ Apoyo Infantil o Alimentación <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si es así, suma mensual _____					
21. Dependientes: Haga un listado de nombres y fechas de nacimiento de todos los Dependientes Legales de la Víctima (complete esto sólo si está presentando una solicitud por falta de apoyo)					
Nombre		Fecha de Nac.	Nombre		Fecha de Nac.

SECCION 3 – Información de Ingresos: Indique cuál es el ingreso en su hogar. Si el Demandante presenta una solicitud por un fallecido, incapacitado o víctima menor, complete esta sección mostrando ingresos del Demandante.

Ingreso Anual en el Hogar	IMPORTANTE: Todos los solicitantes deben completar esta sección.
---------------------------	---

SECCION 4 – Información sobre Delitos: Complete esta sección y entregue una copia del Informe Policía si se posee.

22. Tipo de Delito (marque sólo una opción)

<input type="checkbox"/> Homicidio	<input type="checkbox"/> Agresión	<input type="checkbox"/> DWI/DUI	<input type="checkbox"/> Delito Vehicular (otro)
<input type="checkbox"/> Asalto	<input type="checkbox"/> Incendio Provocado	<input type="checkbox"/> Robo	<input type="checkbox"/> Agresión Sexual
<input type="checkbox"/> Acecho	<input type="checkbox"/> Abuso/ Abandono Infantil	<input type="checkbox"/> Pornografía Infantil	<input type="checkbox"/> Agresión Sexual
<input type="checkbox"/> Tráfico Humano	<input type="checkbox"/> Terrorismo/ Violencia	<input type="checkbox"/> Abuso sobre Mayores	<input type="checkbox"/> Secuestro
<input type="checkbox"/> Acoso	<input type="checkbox"/> Delito por Odio	<input type="checkbox"/> Fraudes Financieros	<input type="checkbox"/> Otro

23. ¿Es la persona que causó la lesión el cónyuge de la víctima, ex cónyuge, alguien en una relación de noviazgo con la víctima, un individuo con quien la víctima tenía un hijo en común, o un residente o ex residente en el hogar de la víctima? (esto no afecta su elegibilidad). Sí No

24. Fecha del Delito	25. Fecha de Informe del Delito	26. Condado donde Sucedió el Delito
----------------------	---------------------------------	-------------------------------------

27. Agencia Policial del Sheriff a quien se informó el delito	28. Número de Incidente
---	-------------------------

29. Ubicación del Delito (número y calle)	Ciudad	Estado
---	--------	--------

30. Describa brevemente el delito y las lesiones físicas producto de este delito

31. Si el delito NO se informó a la Policía/ Sheriff dentro de las 48 horas, explique el retraso (podrá haber exenciones)

32. Si NO completa este reclamo dentro del año desde la fecha del delito, explique el retraso (podrá haber exenciones).

SECCION 5 – Información de Restitución y Recuperación: Brinde toda la información de la cual dispone.

33. Nombre del Ofensor(es), si sabe

34. ¿Fue el Ofensor(es) imputado en una Corte Penal? Sí No No se sabe

35. Nombre de la Corte	36. Número de Caso de la Corte
------------------------	--------------------------------

37. ¿Le ordenó la Corte al Ofensor(es) pagarle una restitución? Si es así, informe la cantidad ordenada.
 Sí _____ No No se sabe

38. ¿Presentó, o piensa presentar, una acción en una Corte Penal? Si es así, complete las preguntas 39, 40, 41.
 Sí No

39. ¿Alcanzó una solución? Si es así, explique. Podrá adjuntar una hoja aparte si es necesario.
 Sí _____ No

40. Nombre del Fiscal	41. Número Telefónico del Fiscal
-----------------------	----------------------------------

SECCION 6 – Información Estadística del Programa de Víctimas de Delitos. Sólo con propósitos estadísticos. Completar esta sección es estrictamente voluntario.

42. Indíquenos cómo tomo conocimiento del Programa de Compensación para Víctimas de Delitos

<input type="checkbox"/> Abogado Fiscal	<input type="checkbox"/> Proveedor Médico	<input type="checkbox"/> Fiscal	<input type="checkbox"/> Medios, Catálogo, o Afiche
<input type="checkbox"/> Policía/ Sheriff	<input type="checkbox"/> Ag. de Serv. a Víctimas	<input type="checkbox"/> Amigo/Conocido	<input type="checkbox"/> Otro

43. Raza/ Origen Étnico

<input type="checkbox"/> Aborigen Americano	<input type="checkbox"/> Razas Diversas	
<input type="checkbox"/> Blanco No Latino/ Caucásico	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Negro/ Afroestadounidense
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u Otras Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska

44. Si posee incapacidad, marque una ANTES del delito Como RESULTADO de este delito

SECCION 7 – Información sobre Determinaciones de Reclamos

45. Marque el tipo de Beneficios Compensatorios que está solicitando

<input type="checkbox"/> Beneficios para Gastos Médicos de la Víctima	<input type="checkbox"/> Beneficios Funerarios para el Sobreviviente(s)
<input type="checkbox"/> Beneficios sobre Pérdida de Ganancias de la Víctima	
<input type="checkbox"/> Beneficios por Pérdida de Apoyo al Sobreviviente(s)	
<input type="checkbox"/> Consejería	<input type="checkbox"/> Limpieza de la Escena del Crimen (sólo homicidios)
<input type="checkbox"/> Consejería por Pérdida (sólo homicidios)	

46. ¿Sufrió o sufrirá un pérdida económica mínima de \$200?	47. ¿Perdió ingresos por lo menos dos semanas continuas?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

48. ¿Es su lesión el resultado de una Agresión Sexual Delictiva? (se podrán aplicar exenciones)	49. ¿Se retiró por motivos de edad o incapacidad? (se podrán aplicar exenciones)
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

SECCION 8 – Complete esta sección si está solicitando asistencia MEDICA, DENTAL, CONSEJERÍA

50. Indique cuál de las siguientes fuentes (si las hay) están disponibles para cubrir cualquier gasto médico o gastos corrientes (Marque TODAS las opciones que correspondan).

<input type="checkbox"/> Seguro Médico	<input type="checkbox"/> Seguro Dental/Vista	<input type="checkbox"/> Administración de Veteranos
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Compensación para Trabajadores
<input type="checkbox"/> Plan Médico Estatal	<input type="checkbox"/> Seguro Automotor	<input type="checkbox"/> Otras Asistencias Públicas
<input type="checkbox"/> Seguro para Dueños de Viviendas	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Otro

51. ¿Recibió la víctima cuidado de una organización de beneficencia, pagos, donaciones u otro pago del seguro de cualquier otra fuente debido a este incidente?

<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe
-----------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------

52. ¿Se requerirá tratamiento médico adicional? (Si es así, por favor explique)

<input type="checkbox"/> Sí _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe
-----------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------

53. Nombre del Principal Asegurador Médico

SECCION 9 – Complete esta sección si la víctima falleció o si está solicitando GASTOS FUNERARIOS, CONSEJERÍA POR PÉRDIDA, LIMPIEZA DE LA ESCENA DEL CRIMEN, PÉRDIDA DE APOYO

54. Indique cuál de las siguientes fuentes (si las hay) está disponible para cubrir cualquier pago o gastos corrientes (marque TODAS las opciones que correspondan).

<input type="checkbox"/> Seguro de Vida	<input type="checkbox"/> Seguro Médico	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Seguro Social por	<input type="checkbox"/> Seguro para Viviendas	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Ayuda de Emerg. Estatal	<input type="checkbox"/> Seguro Automotor	

55. ¿Recibió la víctima cuidado de organizaciones de caridad, pagos, donaciones, u otros pagos de seguro de cualquier otra fuente debido a este incidente?

Sí _____ No No se sabe

SECCION 10 – Complete esta sección si presentará una solicitud por PERDIDA DE GANANCIAS

56. Nombre del Empleador de la Víctima	57. Número Telefónico del Empleador
--	-------------------------------------

58. Domicilio del Empleador	59. Nombre del Médico que Verifica la incapacidad médica
-----------------------------	--

60. Fechas en que estuvo ausente del trabajo debido a lesiones relacionadas con el delito
 Desde _____ A _____

61. Indique cuál de las siguientes fuentes están disponibles para cubrir la pérdida de ganancias.

Incapacidad a Corto o Largo Workers' Compensation Social Security
 None Other _____

Authorizations and Agreements

Nombre de la Víctima	Nombre del Demandante
----------------------	-----------------------

Advertencia: Presentar hechos y circunstancias falsas ante esta comisión, con el intento de fraude o engaño, podrá ser un delito si la compensación es otorgada.

Usted NO necesita un abogado para presentar una demanda. Si un abogado lo representa en esta demanda, este último DEBERÁ presentar una Carta de Comparecencia con esta solicitud.

Si firma a continuación indica su entendimiento y aceptación de lo siguiente:

Autorización para Divulgar Información

Autorizo a cualquier hospital, médico, consejero u otro proveedor de tratamiento que asistió a _____ (nombre de la víctima); director de funeraria u otra persona que brindó servicios; empleador; policía u otra agencia gubernamental local, incluyendo servicios de ingresos Estatales y Federales, compañía de seguros; u otra organización que posea conocimiento; a suministrar a la Comisión de Servicios para Víctimas de Delitos de Michigan (Michigan Crime Victim Services Commission), o a sus representantes, toda la información concerniente al incidente que condujo a la lesión personal de la víctima o su fallecimiento, y a la demanda de compensación realizada, incluyendo tratamiento, empleo, seguro, o información a otro pagador.

Requisito de Reembolso

Entiendo que el pago realizado por el programa de compensación para víctimas es un pago de último recurso. Si recibo un pago de otra fuente por los mismos gastos, el Estado de Michigan está autorizado a recibir el reintegro por la cantidad de cualquier compensación que me fue otorgada a través de la Comisión de Servicios para Víctimas de Delitos (Crime Victim Services Commission). También entiendo que se le podrá pagar a mis proveedores directamente por deudas que poseo.

Dificultades Financieras

Entiendo que mi elegibilidad para la compensación para víctimas de delitos requiere que las pérdidas representen un dificultad financiera grave para mí. Testifico que las pérdidas no reintegradas que son demandadas en esta solicitud me ocasionarán graves dificultades financieras.

Declaración

Declaro, bajo pena de perjurio, que la información de este formulario es verdadera, correcta, y completa hasta donde es de mi conocimiento y creencia.

Firma del Demandante	Fecha de la Firma
----------------------	-------------------

Nota: Una copia de esta autorización es tan efectiva y válida como el original.

Guarde una copia de toda la documentación para sus registros.

Entregue la solicitud completa y firmada y la documentación de soporte a:

Michigan Department of Health and Human Services

Crime Victim Services Commission, Suite 1113

PO Box 30037

Lansing, MI 48909

Para solicitar asistencia para Víctimas, llame al 877-251-7373 o por cualquier otro asunto llame al 517-241-7373.

El Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) no discrimina a ningún individuo o grupo debido a su raza, religión, edad, nacionalidad, color, altura, peso, estado civil, información genética, sexo, orientación sexual, expresión o identidad de género, creencias políticas o incapacidad. Además, el MDHHS:

- Brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con incapacidades para comunicarse con nosotros, tales como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (impresiones grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos); y
- Brinda servicios lingüísticos gratuitos para personas cuya lengua principal no sea el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de la Sección 1557. La información de contacto se encuentra a continuación.

Si cree que el MDHHS no le brindó los servicios anteriores, o lo discriminó de cualquier otra forma, usted podrá presentar una queja ante el Coordinador de la Sección 1557. Usted puede presentar una queja personalmente por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de la Sección 1557 estará disponible para ayudarle.

MDHHS Section 1557 Coordinator
Compliance Office, 4th Floor
PO Box 30195
Lansing, MI 48909

517-284-1018 (Principal), [número de TTY — si la entidad cubierta posee], 517-335-6146 (Fax), [Email]
Usted también puede presentar una queja de derechos civiles ante el responsable de la agencia federal.

<p>Si su reclamo o queja es por una solicitud, beneficios o servicios de Medicaid, usted podrá presentar una queja a los derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services a través de https://bit.ly/2pBS4YG, o por correo electrónico o telefónicamente a:</p> <p>U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)</p> <p>Podrá encontrar formularios de reclamo disponibles en https://bit.ly/2IKsHMS.</p>	<p>Si su reclamo o queja es por una solicitud para o por beneficios de asistencia alimentaria actuales, usted podrá presentar una queja por discriminación ante el Programa del U.S. Department of Agriculture (USDA):</p> <p>Completando un Formulario de Reclamo, (AD-3027), el cual podrá encontrar en Internet en: https://bit.ly/2g9zzpU o en cualquier oficina de USDA, o escribiendo una carta dirigida al USDA en la siguiente dirección. En su carta, brinde toda la información solicitada en el formulario.</p> <p>Para solicitar una copia del formulario de reclamo, llame al 866-632-9992.</p> <p>Envíe su formulario o carta completos al USDA por correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410</p> <p>Fax: 202-690-7442; o Email: program.intake@usda.gov</p>
---	---

El MDHHS brinda igualdad de oportunidades.

DCH-0560-SP (Rev. 2-20) Previous edition may be used. 7