

**DCH-0560, CRIME VICTIM COMPENSATION APPLICATION**  
**DCH-0560-SP, SOLICITUD DE COMPENSACION PARA VICTIMAS DE DELITOS**

Michigan Department of Health and Human Services  
(Revised 2-25)

Complete la solicitud.

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

Las solicitudes completadas se podrán enviar por correo electrónico a  
MDHHS-MichiganCrimeVictim@michigan.gov o fax a 517-335-2439.

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

1. Nombre de la Víctima	2. F. de Nacimiento	3. N° del Seguro Social	
4. Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
5. Número Telefónico	6. Dirección de Correo Electrónico		
7. Método de Contacto Preferido		<input type="checkbox"/> Email	<input type="checkbox"/> Mail
8. Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo			
9. Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro			

**SECCION 2 – Información del Demandante:** Complete esta sección para la persona que presenta la solicitud en nombre de la víctima.

10. Nombre del Demandante	11. F. de Nacimiento	12. N° del Seguro Social																	
13. Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal																
14. Número Telefónico	15. Dirección de Correo Electrónico																		
16. Método de Contacto Preferido		<input type="checkbox"/> Email	<input type="checkbox"/> Mail																
17. Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo																			
18. Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro																			
19. Su relación con la víctima <table style="width: 100%;"><tr><td><input type="checkbox"/> Cónyuge</td><td><input type="checkbox"/> Padre/Madre</td><td><input type="checkbox"/> Hijo/a</td><td><input type="checkbox"/> Hermano/a</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Abuelo/a</td><td><input type="checkbox"/> Nieto/Nieta</td><td><input type="checkbox"/> Tutor</td><td><input type="checkbox"/> Pariente</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Tía</td><td><input type="checkbox"/> Tío</td><td><input type="checkbox"/> Sobrina</td><td><input type="checkbox"/> Sobrino</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Cuidador</td><td><input type="checkbox"/> Relación de Citas</td><td><input type="checkbox"/> Miembro Familiar</td><td><input type="checkbox"/> Otro</td></tr></table>				<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Padre/Madre	<input type="checkbox"/> Hijo/a	<input type="checkbox"/> Hermano/a	<input type="checkbox"/> Abuelo/a	<input type="checkbox"/> Nieto/Nieta	<input type="checkbox"/> Tutor	<input type="checkbox"/> Pariente	<input type="checkbox"/> Tía	<input type="checkbox"/> Tío	<input type="checkbox"/> Sobrina	<input type="checkbox"/> Sobrino	<input type="checkbox"/> Cuidador	<input type="checkbox"/> Relación de Citas	<input type="checkbox"/> Miembro Familiar	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Padre/Madre	<input type="checkbox"/> Hijo/a	<input type="checkbox"/> Hermano/a																
<input type="checkbox"/> Abuelo/a	<input type="checkbox"/> Nieto/Nieta	<input type="checkbox"/> Tutor	<input type="checkbox"/> Pariente																
<input type="checkbox"/> Tía	<input type="checkbox"/> Tío	<input type="checkbox"/> Sobrina	<input type="checkbox"/> Sobrino																
<input type="checkbox"/> Cuidador	<input type="checkbox"/> Relación de Citas	<input type="checkbox"/> Miembro Familiar	<input type="checkbox"/> Otro																
20. ¿Dependía usted de la víctima fallecida para recibir apoyo financiero principal o malnutrición de niños? <input type="checkbox"/> Sí, cantidad mensual \$ <input type="checkbox"/> No																			
21. Dependientes: Haga un listado de nombres y fechas de nacimiento de todos los Dependientes Legales de la Víctima (complete esto sólo si presenta una solicitud por pérdida de apoyo)																			
Nombre	F. de Nacimiento	Nombre	F. de Nacimiento																

**SECCION 3 – Información Estadística:** Completar esta sección es estrictamente voluntario.

22. Cuéntanos cómo te enteraste por primera sobre el Programa de Compensación para Víctimas de Delitos.

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fiscal                                   | <input type="checkbox"/> Proveedor Médico  | <input type="checkbox"/> Abogado                            |
| <input type="checkbox"/> Medios de comunicación, folleto o póster | <input type="checkbox"/> Policía/ Alguacil | <input type="checkbox"/> Agencia de Servicios para Víctimas |
| <input type="checkbox"/> Amigo/ Conocido                          | <input type="checkbox"/> Otro              |   |

23. Raza/ Origen Étnico

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indígena Americano | <input type="checkbox"/> Multirracial         | <input type="checkbox"/> Blanco no Caucásico                        |
| <input type="checkbox"/> Hispano o Latino   | <input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u Otras Islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Asiático           | <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska     |   |

24. Si es discapacitado, marque una opción

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ANTES del delito | <input type="checkbox"/> Como RESULTADO del delito |
|---|--|

**SECCION 4 – Información del Delito:** Complete esta sección y brinde una copia del Reporte Policial, si está disponible.

25. Tipo de Delito (marque solo una opción)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Homicidio                | <input type="checkbox"/> Asalto                       | <input type="checkbox"/> Conducir Alcoholizado |
| <input type="checkbox"/> Delito Vehicular (otro)  | <input type="checkbox"/> Robo                         | <input type="checkbox"/> Incendio Intencional  |
| <input type="checkbox"/> Robo                     | <input type="checkbox"/> Acoso Sexual                 | <input type="checkbox"/> Acecho                |
| <input type="checkbox"/> Abuso/ Abandono de Niños | <input type="checkbox"/> Pornografía Infantil         | <input type="checkbox"/> Acoso Sexual Infantil |
| <input type="checkbox"/> Tráfico Humano           | <input type="checkbox"/> Terrorismo/ Violencia Masiva | <input type="checkbox"/> Abuso a Mayores       |
| <input type="checkbox"/> Secuestro                | <input type="checkbox"/> Intimidación (Bullying)      | <input type="checkbox"/> Crimen de Odio        |
| <input type="checkbox"/> Fraudes Financieros      | <input type="checkbox"/> Otro                         |  |

26. ¿Fue la persona que ocasionó la herida cónyuge de la víctima, ex cónyuge, 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 de la vivienda de la víctima? (esto no afecta su elegibilidad). ☐ Sí ☐ No

27. Fecha del Delito

28. Fecha en que se Reportó el Delito

29. Agencia policial a la que se denunció el delito

30. Agencia de Aplicación de la Ley condado en el que ocurrió el delito

31. Ubicación del Delito

32. Número de Incidente

33. Describa brevemente el delito y las lesiones que resultaron de este delito

34. Si el delito NO fue reportado a la policía, explique por qué

35. Si NO está presentando este reclamo dentro de los cinco años posteriores a la fecha del delito, explique por qué [se pueden aplicar exenciones]

**SECCION 5 – Información de Restitución y Recuperación: Información de Restitución y Recuperación.**

36. Nombre del Delincuente(s), si lo sabe

37. ¿Fue el Delincuente(s) acusado en una Corte Criminal? ☐ Sí ☐ No

38. Nombre de la Corte y Número de Caso

39. ¿Le ordenó la Corte al Delincuente(s) pagar una restitución?

☐ Sí, suma \$ ☐ No40. ¿Presentó, o tiene la intención de presentar, una acción ante una Corte Civil? ☐ Sí ☐ No

41. ¿Contrató a un abogado para una Demanda Civil?

☐ Sí, Nombre ☐ No

42. ¿Alcanzó un acuerdo?

☐ Sí, suma \$ ☐ No**SECCION 6 – Beneficios Compensatorios**

43. Marque TODOS los Beneficios Compensatorios que solicita

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gastos Médicos                           | <input type="checkbox"/> Gastos Dentales           | <input type="checkbox"/> Consejería Psicológica          |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de Ganancias                     | <input type="checkbox"/> Reubicación (Temporaria)  | <input type="checkbox"/> Reubicación Permanente          |
| <input type="checkbox"/> Seguridad Residencial                    | <input type="checkbox"/> Transporte                | <input type="checkbox"/> Duelo                           |
| <input type="checkbox"/> Equipo de Accesibilidad y Rehabilitación | <input type="checkbox"/> Servicios de Reemplazo    | <input type="checkbox"/> Tratamiento Reparador No Médico |
| <input type="checkbox"/> Gastos Funerarios y de                   | <input type="checkbox"/> Costos de Ubicación       | <input type="checkbox"/> Pérdida de Apoyo                |
| <input type="checkbox"/> Consejería por Pérdida                   | <input type="checkbox"/> Limpieza de la Escena del |  |

44. ¿Sufrió o sufrirá usted una pérdida de por lo menos \$200? ☐ Sí ☐ No45. ¿Perdió por lo menos cinco días de ingresos? ☐ Sí ☐ No46. ¿Es su herida el resultado de un acoso sexual? (podrá haber exenciones) ☐ Sí ☐ No47. ¿Está retirado por causa de la edad o discapacidad? (podrá haber exenciones) ☐ Sí ☐ No48. ¿Tiene dificultades indebidas y requiere una indemnización de emergencia? ☐ Sí ☐ No**SECCION 7 – Recursos Colaterales**

49. Marque TODOS sus recursos financieros (si los hay) para cubrir costos como resultado del delito.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Seguro Médico               | <input type="checkbox"/> Seguro Dental/ Visual        | <input type="checkbox"/> Seguridad Social por |
| <input type="checkbox"/> Medicaid                    | <input type="checkbox"/> Seguro por Discapacidad      | <input type="checkbox"/> Seguridad Social     |
| <input type="checkbox"/> Gastos de Medicaid          | <input type="checkbox"/> Administración de Veteranos  | <input type="checkbox"/> Seguridad Social por |
| <input type="checkbox"/> Medicare                    | <input type="checkbox"/> Seguro para Dueño/ Inquilino | <input type="checkbox"/> Compensación para    |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Médica Estatal   | <input type="checkbox"/> Demanda Civil                | <input type="checkbox"/> Auto-seguro          |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad a Corto/ Largo | <input type="checkbox"/> Ayuda Estatal por Emergencia | <input type="checkbox"/> Restitución          |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Vida              |   | <input type="checkbox"/> Otro                 |

50. ¿Recibió cuidado caritativo, donaciones, acuerdos, etc. de cualquier otra fuente? ☐ Sí ☐ No

51. ¿Se requerirá tratamiento adicional?

☐ Sí, explique ☐ No

52. Nombre del asegurador médico/dental principal

**SECCION 8 – Pérdida de Ingresos o Luto**

53. Nombre del Empleador

54. Cantidad de días ausente del trabajo debido al delito

55. ¿Está actualmente discapacitado para el trabajo debido al delito? ☐ Sí ☐ No

## AUTORIZACIONES Y ACUERDOS

**Advertencia:** Hacer presentaciones falsas sobre hechos y circunstancias ante esta comisión, con la intención de defraudar o engañar, podrá ser un delito si la compensación es otorgada.

Usted NO necesita un abogado para presentar una demanda. Si usted es representado por un abogado en esta demanda, el abogado debe presentar una carta de comparecencia con esta solicitud.

Su firma a continuación indica que comprende y está de acuerdo con lo siguiente:

### Autorización para Divulgar Información

Autorizo a cualquier hospital, médico, consejero, u otro proveedor de tratamientos que haya asistido a \_\_\_\_\_ (nombre de la víctima); director funerario u otra persona que brindó servicios; cualquier empleador; cualquier policía u otra agencia gubernamental local, incluyendo servicios de ingresos Estatales y Federales; cualquier compañía de seguros; u otra organización que tenga conocimiento; a proveer a la Comisión de Servicios de Víctimas de Delitos de Michigan (Michigan Crime Victim Services Commission), o a su representante, toda la información relacionada con el incidente que llevó a la lesión personal o fallecimiento de la víctima, y la demanda realizada por compensación, incluyendo tratamiento, empleo, seguro, e información de pagos de terceras partes.

### Requisito de Reembolso

Entiendo que el pago del programa de compensación de víctimas es un pago de última instancia. Si recibo un pago de otra fuente para los mismos gastos, el Estado de Michigan estará autorizado a recibir un reembolso por la cantidad de cualquier compensación que me haya sido otorgada a través de la Comisión de Servicios para Víctimas (Crime Victim Services Commission). También entiendo que se le podrá pagar a mis proveedores de forma directa por sumas que yo adeude.

### Declaración

Declaro, bajo pena de perjuicio, 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
----------------------	-------------------

Entregue completa y firmada la solicitud y la documentación de apoyo, por correo electrónico, fax o correo.

Guarde una copia de toda la documentación para sus registros.

Para solicitar asistencia: Víctimas, llame al 877-251-7373 o para las demás opciones, 517-241-7373.

Please note if needed, free language assistance services are available.

[illegible]

The Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) does not discriminate against any individual or group on the basis of race, national origin, color, sex, disability, religion, age, height, weight, familial status, partisan considerations, or genetic information. Sex-based discrimination includes, but is not limited to, discrimination based on sexual orientation, gender identity, gender expression, sex characteristics, and pregnancy.

Further, MDHHS:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats); and
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact the Section 1557 Coordinator. The contact information is found below.

If you believe that MDHHS has not provided the above services, or discriminated in another way, you can file a grievance with the Section 1557 Coordinator. You can file a grievance by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Section 1557 Coordinator is available to help you.

MDHHS Section 1557 Coordinator  
Compliance Office, Suite 411  
PO Box 30037  
Lansing, MI 48909

517-284-1018 (Main), (TTY number—if covered entity has one), 517-335-6146 (Fax),  
[MDHHS-Section-1557@michigan.gov](mailto:MDHHS-Section-1557@michigan.gov) (Email).

You can also file a civil rights complaint with the responsible federal agency.

<p>If your grievance or complaint is about your Medicaid application, benefits or services you can file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services at <a href="https://bit.ly/2pBS4YG">https://bit.ly/2pBS4YG</a>, or by mail or phone at:</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>Complaint forms are available at <a href="https://bit.ly/2IKsHMS">https://bit.ly/2IKsHMS</a>.</p>	<p>If your grievance or complaint is about your application for or current food assistance benefits, you can file a discrimination complaint with the U.S. Department of Agriculture (USDA) Program by:</p> <p>Completing a Complaint Form, (AD-3027) found online at: <a href="https://bit.ly/2g9zzpU">https://bit.ly/2g9zzpU</a> or at any USDA office, or write a letter addressed to USDA at the address below. In your letter, provide all the information requested in the form.</p> <p>To request a copy of the complaint form, call 866-632-9992. Send your completed form or letter to USDA by mail: 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; or Email: <a href="mailto:program.intake@usda.gov">program.intake@usda.gov</a></p>
---	---

MDHHS is an equal opportunity provider.