



State of Utah
UTAH OFFICE FOR VICTIMS OF CRIME

350 East 500 South Suite 200
Salt Lake City Utah 84111
(801) 238-2360 or Toll Free 1-800-621-7444
Fax (801) 533-4127
crimevictims@utah.gov

DO NOT WRITE IN THIS SPACE

File # _____

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE REPARACIONES PARA LAS VÍCTIMAS DE CRIMEN
TODA LA INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA ES OPCIONAL*

Sección 1. INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA

Nombre de la Víctima	Fecha de Nacimiento	Sexo*	Estado Marital*	¿Discapacidad?* (S/N)	Grupo Étnico*
(1) _____	_____	_____	_____	_____	_____
(2) _____	_____	_____	_____	_____	_____
(3) _____	_____	_____	_____	_____	_____
(4) _____	_____	_____	_____	_____	_____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Condado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: Casa: () _____ Trabajo: () _____ Correo Electrónico: _____

Sección 2. INFORMACIÓN DE SOLICITANTE (Rellene esta sección si la víctima es menor de edad, discapacitada o difunta)

Nombre de Solicitante	Fecha de Nacimiento	Sexo*	Estado Marital*	¿Discapacidad?* (S/N)	Grupo Étnico
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Condado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: Casa: () _____ Trabajo: () _____ Correo Electrónico: _____

Relación c/Víctima: Esposo (a) Padre/Madre Hermano (a) Hijo (a) Otro _____

Sección 3. SEGURO (El no proveer esta información puede causar un retraso de procesamiento)

La Víctima/Solicitante Tiene: Seguro Médico Medicaid Automovilístico Seguro Social Otro _____

Seguro Médico: Nombre _____ Seguro de Auto: Nombre _____

Número de póliza de seguros _____ Número de póliza de seguros _____

Sección 4. INFORMACIÓN SOBRE EL CRIMEN

Agencia de Policía: _____ No. de Caso: _____ Fecha del Crimen: _____

Dirección del Crimen: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Condado: _____

Descripción del Crimen: _____

Arma Usada en el Crimen: _____

Sección 5. INFORMACIÓN SOBRE EL DEMANDADO (Persona que cometió el crimen)

Nombre del Demandado	Fecha de Nacimiento del Demandado	Numero del Seguro Social del Demandado
_____	_____	_____

¿Se han presentado cargos en el Tribunal Distrital?: Sí No ¿Se han presentado cargos en el Tribunal de Justicia?: Sí No

Número del caso de la corte _____ Número del caso de la corte _____

Sección 6. JUICIO CIVIL (Hay que notificar a UOVC dentro de 30 días si se inicia o se resuelve una demanda por sus daños)

Se ha empleado un/a Abogado/a para presentar una demanda civil?: Sí No

Nombre de Abogado/a: _____ Teléfono: () _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Sección 7. REFERIDO/A POR

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agencia de Policía | <input type="checkbox"/> Doctor | <input type="checkbox"/> Agencia sin fines lucrativos |
| <input type="checkbox"/> Defensor (Advocate) de Policía | <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> CJC (Centro de Justicia para menores de edad) |
| <input type="checkbox"/> Fiscalía | <input type="checkbox"/> Dentista | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Defensor (Advocate) del Fiscal | <input type="checkbox"/> Terapista de Salud Mental | |

Sección 8. BENEFICIOS (Marque todas las categorías que se aplican)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Gastos de reubicación |
| <input type="checkbox"/> Cuidado Dental | <input type="checkbox"/> Compensación por pérdida de servicios (Guardería, preparación alimenticia, limpieza de casa, etc) |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de sueldo por este crimen | <input type="checkbox"/> Anteojos, aparatos de audición u otros aparatos médicos. |
| <input type="checkbox"/> Consejería | <input type="checkbox"/> Reemplazo de puertas o ventanas. |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de sustento para dependientes (Casos de homicidio solamente) | |
| <input type="checkbox"/> Gastos de funeral y enterramiento | |

Sección 9.

I M P O R T A N T E - L E E R C U I D A D O S A M E N T E

Asignación de Reembolso

Yo entiendo que conforme a Utah Code 63M-7-519 cualquier dinero que recibo de indemnizaciones impuestas por la corte; demanda civil o judicial; pago del seguro; u otra agencia gubernamental da derecho a la Utah Office for Victims of Crime a ser reembolsada por cualquier compensación que se me otorga, o que se otorga en mi nombre. Por la presente asigno todos los derechos de recuperación a la Utah Office for Victims of Crime, incluso el derecho de iniciar y hacer cumplir una reclamación por indemnizaciones en cualquier corte que tenga jurisdicción en el Estado de Utah, aunque yo no esté íntegramente resarcida/o. También acepto notificar por escrito a la Utah Office for Victims of Crime dentro de treinta (30) días después de iniciar cualquier procedimiento legal o negociaciones para recuperar mis pérdidas.

Autorización del Aplicante/Víctima para Compartir Información

Por la presente yo autorizo la divulgación de información a la Utah Office for Victims of Crime, incluso información o documentos que en caso contrario serían restringidos por ley o por norma administrativa, con el propósito de evaluar mi elegibilidad para recibir beneficios. Entiendo que esta información se puede proporcionar al orden público, fiscales y proveedores médicos/de salud mental de acuerdo con las provisiones del Government Records Access and Management Act (Ley de Acceso y Gestión de los Registros Gubernamentales)

Declaración

Por la presente declaro que la información contenida en esta declaración escrita es verídica y precisa a mi mejor saber, y entiendo que cualquier declaración falsa que yo hago a propósito puede hacerme objeto de acciones penales de acuerdo con Utah Code Ann. 76-8-504 y 63M-7-510(2).

Fecha: _____ Firma de aplicante/víctima _____

SOLICITUDES SOMETIDAS POR LOS MENORES DE DIECIOCHO AÑOS DE EDAD TIENEN QUE SER COMPLETADAS Y FIRMADAS POR SUS PADRES O GUARDIÁN LEGAL.

Por Acomodaciones de Americanos con Discapacidades, con tres días de anticipación favor de ponerse en contacto con La Oficina de Utah para las Víctimas de Crímenes al (801) 238-2360