

**DEPARTMENT OF JUSTICE  
CRIME VICTIM & SURVIVOR SERVICES DIVISION  
APPLICATION FOR CRIME VICTIMS' COMPENSATION**

Usted tal vez puede calificar para ayuda a través de Compensación para Víctimas de Crimen (CVC), si usted fue víctima de un crimen de persona en el Estado de Oregón. Reclamos serán verificados por el programa, por medio de la policía y otros reportes.

Una solicitud debe ser completada para cada víctima. Si la víctima ha fallecido, es menor de edad, o un adulto incapaz que no pueda llenar esta solicitud, el solicitante (persona solicitando por víctima) debe ser un adulto quien es responsable por la víctima. No es requerido ser Ciudadano de los E.E.U.U. para aplicar con Compensación para Víctimas de Crimen. Por favor llene esta solicitud en la forma más completa y exacta. Escriba claramente. **Las solicitudes sin firma serán devueltas sin procesar.**

También puede someter esta solicitud electrónicamente por el portal de Compensación para Víctimas de Crimen: <https://justice.oregon.gov/victims/compensation/>. En cuanto su solicitud sea sometida (por correo o electrónico) usted puede registrarse por el portal de web para ver el estado de su solicitud. Si usted entrega una solicitud de papel, por favor envíe a:

Oregon Departamento de Justicia  
Programa de Compensación para Víctimas de Crimen  
1162 Court Street NE  
Salem, OR 97301-4096  
Teléfono: (503) 378-5348 o 1-800-503-7983  
Correo Electrónico: [cvssd@doj.state.or.us](mailto:cvssd@doj.state.or.us)

**Gastos con los que CVC puede asistir incluyen:**

- Médico
- Dentista
- Hospital
- Funerario
- Consejería
- Pérdida de ingresos y manutención
- Rehabilitación física
- Transporte

\*CVC no puede compensar por pérdida o daño de propiedad, o por dolor y sufrimiento.

\*La pérdida de sueldo solo se paga si la víctima estaba empleada y trabajando al tiempo del incidente

\*Gastos relacionados al crimen deben ser sometidos a su seguro para pago incluyendo seguros de salud, dental, y auto. Gastos que no son cubiertos completamente por el seguro, serán considerados para pago.

Si usted necesita ayuda completando la solicitud por favor llame a la oficina local de Asistencia de Víctimas por la oficina del fiscal del condado, o llame a Compensación para Víctimas de Crimen al (503) 378-5348 o gratis 1-800-503-7983. Usted tiene un (1) año de la fecha del crimen para someter una solicitud.

*Gracias por tomarse el tiempo para llenar esta solicitud. Le avisaremos por correo postal o electrónico cuando recibamos su solicitud y luego de nuevo dentro de un periodo de 60 a 90 días para informarle nuestra decisión sobre el reclamo.*

*¿Qué necesita hacer?*

\* Por favor avise a CVC si su domicilio postal, número de teléfono, o correo electrónico ha cambiado.

\* Si le pedimos información, asegúrese de responder dentro del tiempo permitido.

Para aprender más sobre Compensación para Víctimas de Crimen (Crime Victims' Compensation) visítenos en:

<https://www.doj.state.or.us/crime-victims/>

**Esta página fue dejada en blanco intencionalmente**



# COMPENSACIÓN PARA VÍCTIMAS DE CRÍMEN DE OREGÓN

Estamos para ayudarle. Nuestra misión es reducir el impacto de un crimen en las víctimas y sus familias. Si tiene cualquier pregunta sobre el llenado de esta solicitud o sobre el Programa de Compensación para Víctimas de Crimen, llámenos gratis al 1-800-503-7983.

## FORMULARIO DE SOLICITUD

Por favor escriba claramente

### ¿Quién le informó sobre este programa?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Policía                              | <input type="checkbox"/> Centro de Evaluación de Menores | <input type="checkbox"/> Proveedor médico |
| <input type="checkbox"/> Programa de asistencia para víctimas | <input type="checkbox"/> Asistente de víctimas Tribal    | <input type="checkbox"/> Otro:            |

### Usted esta presentado esta solicitud porque usted es (marque uno):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> La víctima de un crimen  | <input type="checkbox"/> Un familiar de una víctima quien falleció como resultado del crimen |
| <input type="checkbox"/> El padre, madre o guardián de la víctima de un crimen menor de 18 años de edad | <input type="checkbox"/> Otro (explique):  |

### Información de la víctima (Persona quien es herida o fallecida)

Primer nombre:		Segundo nombre:		Apellido:	
Domicilio:			No. de Apto:	Ciudad:	Estado: Código Postal:
Teléfono:		Número de seguro (solamente los últimos 4 dígitos) opcional:		Idioma Preferido:	
Fecha de Nacimiento:		Si la víctima ha fallecido, fecha del fallecimiento:		Género:	
¿Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si está bien, favor de proveer su correo electrónico:			

### Información del solicitante (Padre o guardián de la víctima herida, o familiar de victima fallecida)

Primer nombre:		Segundo nombre:		Apellido:	
Domicilio:			No. de Apto:	Ciudad:	Estado: Código Postal:
Teléfono:		Número de seguro (solamente los últimos 4 dígitos) opcional:		Idioma Preferido:	
Fecha de Nacimiento:		Género:		Su relación a la víctima:	
¿Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si está bien, favor de proveer su correo electrónico:			

### Persona de Contacto Opcional (Persona con quien podemos hablar sobre su reclamo)

Primer Nombre:		Apellido:		Idioma preferido:	
Teléfono de la persona de contacto:		Correo electrónico de la persona de contacto:		La relación de la persona de contacto a la víctima:	

### Información del Asistente de Victima (Persona en la oficina del Fiscal, sin fines de lucro, CAC, asistiendo con esta solicitud)

Nombre del asistente:		Correo electrónico del asistente:		No. de teléfono del asistente:		Condado:	
-----------------------	--	-----------------------------------	--	--------------------------------	--	----------	--

### Información de Seguro (Por Favor marque TODOS los que aplican a la víctima al tiempo del crimen)

Liste información seguros y otros recursos debajo. (Use páginas adicionales si es necesario)							
<input type="checkbox"/> Seguro de salud privado	<input type="checkbox"/> Plan de salud de Oregon	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> No tiene		
Nombre de compañía de seguros:				Nombre de compañía de seguros:			

**Información sobre el crimen** (Requerido para todos los reclamos)

Tipo de Crimen:

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agresión                  | <input type="checkbox"/> Violencia Domestica  | <input type="checkbox"/> Acoso                | <input type="checkbox"/> Acecho             |
| <input type="checkbox"/> Abuso Sexual (Adulto)     | <input type="checkbox"/> Abuso Sexual (menor) | <input type="checkbox"/> Abuso Físico (menor) | <input type="checkbox"/> Trafico de Humanos |
| <input type="checkbox"/> Agresión por DUII         | <input type="checkbox"/> Homicidio            | <input type="checkbox"/> Robo                 | <input type="checkbox"/> Secuestro          |
| <input type="checkbox"/> Maltrato de persona mayor | <input type="checkbox"/> Odio/Parcialidad     | <input type="checkbox"/> Otro: _____          |   |

¿El crimen involucro un vehículo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si es así, nombre del seguro de vehículo de la víctima y numero de reclamo:
---	---

Nombre del sospechoso (si se sabe):

Fecha de nacimiento:

Sospechoso adicional (si aplicable):

Fecha de nacimiento:

Fecha del crimen:

Fecha de la denuncia:

No. del reporte policial:

Nombre del Departamento de Policía donde fue reportado:

Nombre del oficial:

¿El crimen fue denunciado en un plazo de 72 horas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si respondió no, explique porque (requerido):
--	---

Lugar del crimen: (domicilio)

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Condado:

**Pérdida de Sueldo** (Si tuvo pérdida de sueldo como resultado del crimen)

¿Estaba empleada la víctima en la fecha del crimen?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---	---

Nombre del Empleador de la Víctima:

Domicilio:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

No. de Teléfono del Empleador:

Correo Electrónico del Empleador:

¿Regresó a trabajar?  Si  No

Fecha que regreso a trabajar:

¿Faltó más de dos semanas al trabajo?

 Si  No

Nombre del médico de la víctima:

Domicilio:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

No. de Teléfono del Doctor:

Correo electrónico del Doctor:

**Información Adicional** (Agregue la información que desea que sepamos)

**Información de Proveedores** (Proveedores medico/consejería quien usted ha visto para heridas relacionadas al crimen)

¿Ha tenido algún tratamiento o consejería relacionados al crimen? Liste los proveedores vistos para las heridas o trauma, pagados o no (adjunte páginas adicionales si es necesario):					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre del proveedor:	Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono:

**Consejería Adicional** (Consejería de sobrevivientes, testigo menor de violencia doméstica, miembro de familia de una víctima de abuso sexual o físico)

¿Alguien, aparte de la víctima, recibió o solicitará consejería relacionada al crimen? (Consejería para sobrevivientes de homicidio, testigo menor de violencia doméstica, familiar de víctima menor de abuso sexual o físico).				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre del miembro de la familia:	Fecha de nacimiento:	Relación a la víctima:	Compañía de seguros:	

**Información de Abogado Civil**

¿Ha contratado a un abogado para una demanda civil relacionada a este crimen? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Indeciso				
Nombre del abogado:	Teléfono:		Correo Electrónico:	
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	

**Sólo para Reclamos de Homicidio** (Por favor liste todos los gastos funerarios pagados fuera de bolsillo, o no pagados)

Proveedor de servicios funerarios:	Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono:

Al tiempo del fallecimiento, ¿la víctima estaba manteniendo económicamente a algún dependiente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Nombre del dependiente:	Fecha de nacimiento:	Domicilio:	Relación a la víctima:	

**Perdida de Manutención** (Perdida de manutención como relacionado al crimen)

¿Estaba empleada la víctima en la fecha del crimen? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Nombre del Empleador:	Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
No. de Teléfono del Empleador:	Correo electrónico del Empleador:			

## Divulgación de Información

El Programa de Compensación para Víctimas de Crimen (Crime Victims' Compensation Program - CVCP) debe investigar todas las solicitudes. Esta autorización se usará para reunir información de la policía, su(s) empleador(es), compañías de seguro, instituciones financieras, establecimientos médicos y otras fuentes a fin de determinar y gestionar su reclamo. El CVCP divulgará la información acerca de su reclamo únicamente cuando sea requerido por ley.

### DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA Y DE OTRO TIPO:

AL FIRMAR ESTA SOLICITUD, DOY MI CONSENTIMIENTO POR ESTE MEDIO PARA QUE SE DIVULGUE INFORMACIÓN ENTRE EL PROGRAMA CVCP y cualquier hospital, médico, psicoterapeuta, establecimiento y servicio médico, proveedor de seguro incluyendo los beneficios del seguro social y por discapacidad, empleador y servicio social o agencia gubernamental incluyendo el Departamento de Empleo, División de Servicios para Adultos y Familias, Oficina Estatal de Servicios para Menores y Familias, División de Compensación para Trabajadores, Administrador de la Corte del Estado o cualquier otra persona autorizada o agencia policial para fines relacionados con mi solicitud del CVCP.

TAMBIÉN DOY MI CONSENTIMIENTO POR ESTE MEDIO PARA QUE SE PONGA A DISPOSICIÓN DEL PROGRAMA CVCP todos los documentos relacionados con información sobre discapacidad o ingresos de otras fuentes y/o mis expedientes médicos, aunque contengan información sobre drogas, alcohol, salud mental o análisis de VIH.

AUTORIZO EXPRESA Y VOLUNTARIAMENTE LA DIVULGACIÓN de la información de mis expedientes para los fines antes expresados. Entiendo además que no doy permiso para ninguna otra divulgación que no sea la anteriormente descrita. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto por las acciones ya tomadas en base a esta autorización.

## Mi Promesa al Programa

AL FIRMAR ESTA SOLICITUD, ME COMPROMETO POR ESTE MEDIO a informar inmediatamente al Programa CVCP sobre cualquier recupero esperado o recibido relacionado con el crimen. Me comprometo además a devolver al Programa CVCP de ese recupero una suma igual a la cantidad total adjudicada por el CVCP. Reconozco y acuerdo que las fuentes de recupero de este acuerdo de subrogación incluyen, pero no se limitan, a los siguientes tipos de fuentes de recupero: restitución impuesta por el tribunal, sentencias penales contra el agresor o contra terceros responsables/obligados, todo pago de seguros, o pagos/beneficios de cualquier otra agencia gubernamental o privada. Me comprometo además a reembolsar al Programa CVCP todas las sumas de dinero pagadas por el Programa CVCP basadas en esta demanda, si se decide en cualquier momento que esta demanda fue hecha por error o fue falsa o fraudulenta.

AL FIRMAR ESTA SOLICITUD, ENTIENDO QUE BAJO PENA DE FALSIFICACIÓN NO JURAMENTADA, declaro que la información contenida en esta solicitud es verdadera y exacta. Yo, o nosotros, autorizo/autorizamos al Programa de Compensación para víctimas de crímenes del Departamento de Justicia a verificar toda la información contenida en esta solicitud.

Firma de Víctima/Solicitante:	Fecha:
Firma de Víctima de 14-17 de edad:	Fecha:

DEPARTAMENTO DE JUSTICIA DE OREGÓN  
DIVISIÓN DE SERVICIOS DE VÍCTIMAS Y SOBREVIVIENTES DE CRIMEN  
1162 Court St NE Salem, Oregon 97301-4096  
503 378-5348 o 800 503-7983 Fax 503 378-5738

\*\* Según ORS 147.105 (1)(i), el Programa CVCP tiene autoridad para solicitar información a fin de procesar solicitudes de compensación. La presentación del número de seguro social es voluntaria. No se negarán las solicitudes de las personas que se rehúsen a dar su número de seguro social. Si alguien recibe compensación por haber presentado intencionalmente información fraudulenta en la que el Programa CVCP se basa para determinar o pagar la compensación, perderá el derecho legal de recibir la compensación. Usamos el número de seguro social para: verificar los montos de compensación a ser pagados (ORS 147.035 y 147.125) (1)(b)(c)(d); y para verificar los beneficios del seguro (ORS 147.125(1)(d)).

### No discriminación

Para tener derecho a recibir fondos federales para su distribución en la compensación para víctimas de crimen, el Estado de Oregón debe cumplir con los requisitos de no discriminación de la Ley Federal sobre Víctimas de Crimen del año 1984. Para asegurar el cumplimiento de los requisitos relacionados con la no discriminación, el Estado de Oregón debe reunir información sobre la raza, religión, sexo, nacionalidad, edad e impedimentos de la víctima. La información que usted provea no se usará de ninguna manera para determinar si su demanda se acepta o se rechaza y se mantendrá confidencial.

Las personas que reciben fondos bajo esta Ley quedan sujetas al Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, 42 U.S.C. 2000(d) (que prohíbe la discriminación en los programas costeados con fondos federales en base a raza, color o nacionalidad), la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1974, enmendada: el Subtítulo A, Título II de la Ley de Estadounidenses con Impedimentos (ADA); y los reglamentos de implementación del Departamento de Justicia sobre discriminación por discapacidad, 28 CFR Parte 35 y Parte 39; el Título IX de las Enmiendas de Educación de 1972; la Ley de Discriminación por Edad de 1974; y los Reglamentos de no discriminación del Departamento de Justicia, 28 CFR Parte 42, Subpartes C, D, E y G.

La siguiente información voluntaria se usa solo para estadísticas y solamente para cumplir con las normas federales:			
¿La víctima está incapacitada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿La víctima estaba incapacitada antes de la fecha del crimen? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<b>Etnicidad de la víctima:</b>			
<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano u otro Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Caucásico	
<input type="checkbox"/> Asiano	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> Nativo Americano			