

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? Si No ¿La víctima estaba incapacitada antes de la fecha del crimen? Si No

Etnicidad de la víctima:

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Afroamericano | <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano u otro Isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> Caucásico |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Hispano o Latino | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nativo Americano | | |