

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

Esta solicitud es solamente para víctimas adultas de abuso sexual o violencia domestica buscando compensación para gastos de consejería. El crimen tuvo que haber ocurrido en Oregon. La Solicitud de Consejería Solamente debe ser usada cuando los siguientes tres criterios son cumplidos:

- (1) El reclamo involucra abuso sexual o violencia domestica;
- (2) El incidente ocurrió en Oregon; y
- (3) No hay un reporte de policía, orden de protección, o examen forense para abuso sexual, obtenido o perseguido por la víctima.

Si estos requisitos no son cumplidos, victimas y solicitantes pueden usar la Solicitud para Compensación para Víctimas de Crimen. Si usted no está segura cual solicitud someter, por favor envíe un correo electrónico a [cvssdportal@doj.state.or.us](mailto:cvssdportal@doj.state.or.us).

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)

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 – Abuso Sexual y Violencia Domestica Consejería Solamente

Por favor escriba claramente

#### ¿Quién le informó sobre este programa?

- Policía
  Proveedor médico
  Otro:
- Asistencia para víctimas
  Asistente de víctimas Tribal

#### Información de la víctima

(Persona quien es herida)

Primer nombre:		Segundo nombre:		Apellido:	
Teléfono:	Fecha de Nacimiento:	Genero:		Idioma Preferido:	
Domicilio:		No. de Apto:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
¿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 de Seguro

(Requerido para todos reclamos)

Liste información seguros y otros recursos debajo. *(Use páginas adicionales si es necesario)*

Seguro de salud privado
  Plan de salud de Oregon
  Medicare
  No tiene

Nombre de compañía de seguros:	Nombre de compañía de seguros:
--------------------------------	--------------------------------

#### 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 Víctima

(Persona en la oficina del Fiscal o sin fines de lucro)

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

## Counselor Information

Nombre del consejero (Primer, Apellido):		Licencia:	
Domicilio:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono:

## Información sobre el crimen

(Requerido para todos los reclamos)

Tipo de Crimen: <input type="checkbox"/> Agresión – Violencia Domestica <input type="checkbox"/> Violencia Domestica <input type="checkbox"/> Abuso Sexual (Adulto) <input type="checkbox"/> Abuso Sexual – Violencia Domestica		Fecha del Crimen:
Nombre del sospechoso (si se sabe):		
Sospechoso adicional (si aplicable):		
¿El crimen ocurrió en Oregon? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿En cuál condado el crimen ocurrió?	
¿Ah reportado este incidente? (no está requerido reportar) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si es así, provee el nombre del Departamento de policía donde reporto	
¿Usted presento una Orden Protectora o someterse a un examen de abuso sexual? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Si es así, en cual <b>condado</b> usted presento la orden o someterse a un examen?	
Por favor describa el incidente(s):		

## Divulgación de Información

Compensación para Víctimas de Crimen (Crime Victims' Compensation Program (CVC)) debe investigar todas las solicitudes. Esta autorización se usará para reunir información su(s) empleador(es), compañías de seguro, establecimientos médicos y otras fuentes a fin de determinar y gestionar su reclamo. CVC 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, POR LA PRESENTE CONSIENTO EN LIBERAR REGISTROS entre CVC y cualquier hospital, médico, psicoterapeuta, establecimiento y servicio médico, cualquier proveedor de seguro, 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, o cualquier otra persona autorizada o agencia policial para fines relacionados con mi solicitud de CVC.

POR LA PRESENTE CONSIENTO EN LIBERAR REGISTROS A CVC todos los documentos relacionados con información sobre discapacidad o ingresos de otras fuentes y/o mis expedientes médicos, aunque contengan información sobre salud mental.

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 esta autorización expira en 180 días de la fecha de mi firma debajo.** 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 a informar inmediatamente a CVC sobre cualquier recupero esperado o recibido relacionado con el crimen. Me comprometo además a reembolsar CVC de ese recupero una suma igual a la cantidad total adjudicada por el CVC. 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 a CVC todas las sumas de dinero pagadas por a CVC 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 Oregon 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 Oregon 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.

<b>La siguiente información voluntaria se usa solo para estadísticas y solamente para cumplir con las normas federales:</b>			
¿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"/> Nativo Americano
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Otro: _____	