



Departamento de Justicia de Oregon
División de Servicios Para Víctimas y Sobrevivientes

(503) 378-5348 or (800) 503-7983
 1162 Court Street NE
 Salem, Oregon 97301-4096

Fax (503) 378-5738
 Email cvssd@doj.state.or.us

Solicitud de Respuesta de Emergencia para Compensación de Víctimas de Crimen

Fecha Del Crimen: _____

Asistente de Víctima o Voluntario asistiendo a la víctima con esta solicitud:

Nombre: _____ tel#: _____

¿Cuál fue su experiencia en este incidente?

- Mi ser querido murió a causa del incidente.
- Yo (o mi ser querido) fue herido a causa del incidente.
- Yo (o mi ser querido) estaba presente y vi/escuché cómo ocurrió el incidente.

Información de la víctima (Persona quien es herida. Personas de edad 14 o mayor pueden solicitar por si misma)

Primer nombre:		Segundo nombre:		Apellido:	
Domicilio:		No. de Apto:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:		Idioma Preferido:		Fecha de nacimiento:	
¿Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si es así, favor de proveer su correo electrónico:			

Información del solicitante (Padre o guardián de la víctima listada arriba)

Primer nombre:		Segundo nombre:		Apellido:	
Domicilio:		No. de Apto:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:		Fecha de nacimiento:	Su relación a la víctima:	Idioma Preferido:	
¿Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si es así, favor de proveer su correo electrónico:			

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

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

Perdida de Sueldo/Manutención ¿La víctima tendrá pérdida de sueldo resultado al incidente? Si No

Nombre del Empleador:	Dirección:	Teléfono:
Nombre del Doctor de la Víctima	Dirección:	Teléfono:

Información de Seguro (Requerido para todos los reclamos)

Liste información de seguro médico debajo. (Use paginas adicionales si es necesario)

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

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

Solo para reclamos relacionados con un homicidio (liste los nombres de los miembros de la familia que buscan consejería para sobrevivientes. Si necesita espacios adicionales, adjunte otra página).

Proveedor de servicios funerarios:	Dirección:	Teléfono:

Consejería Para Sobrevivientes (por favor enumere los nombres de los miembros de la familia que buscan consejería para sobrevivientes. Si se necesitan espacios adicionales, adjunte otra página)

Nombre	Fecha de Nacimiento	Teléfono/correo electrónico	Proveedor de seguro

Divulgación requerida para procesar su solicitud

La Compensación para Víctimas de Crimen (CVC, por sus siglas en inglés) debe investigar todas las solicitudes. Cuando usted firme esta divulgación, usaremos su permiso para recopilar información relacionada con su solicitud, incluida información de la policía, de su(s) empleador(es), de las compañías de seguros, instituciones financieras, centros médicos y otras fuentes, con el fin de determinar y gestionar su reclamo. Divulgaremos información sobre su reclamo únicamente cuando la ley lo requiera.

Usted debe firmar este formulario para permitir que CVC investigue su solicitud. Las solicitudes no firmadas no pueden procesarse y se devolverán.

Divulgación de información médica y de otro tipo

Al firmar esta solicitud, doy mi consentimiento para la divulgación de expedientes entre CVC y cualquier hospital, médico, consejero, centro y servicio médico; cualquier aseguradora, incluidos los beneficios del Seguro Social y Discapacidades; cualquier empleador; y cualquier agencia de servicios sociales o gubernamental, incluidos el Departamento de Empleo, el Departamento de Servicios Humanos, la División de Compensación para Trabajadores y el Administrador del Tribunal Estatal; o cualquier otra persona o agencia de orden público autorizada para los fines relacionados con mi solicitud de CVC.

También doy mi consentimiento para divulgar a CVC cualquier documento relacionado con los beneficios o estatus de discapacidades, ingresos de otras fuentes y/o mis expedientes médicos, incluso si incluyen información sobre drogas, alcohol, salud mental o pruebas de VIH.

Autorizo de forma voluntaria que se divulguen mis expedientes con el fin de investigar mi solicitud de CVC. Entiendo que estoy dando mi permiso de divulgación únicamente para que se verifique la información de mi solicitud. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento**, pero que revocar mi autorización no puede aplicarse retroactivamente a las divulgaciones de información que ya hayan ocurrido.

Firma – Al firmar esta solicitud, declaro bajo penalización de falsificación no jurada que la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Autorizo al programa de Compensación para Víctimas de Crimen del Departamento de Justicia de Oregon a verificar cualquier información en esta solicitud.

Firma de Víctima/Solicitante:	Fecha:
-------------------------------	--------