



Departamento de Justicia de Oregon
División de Servicios para Víctimas y Sobrevivientes de Crimen
Todas las víctimas, todos los crímenes, todos los derechos, en todo momento.

Solicitud de Compensación para Víctimas de Crimen

Si usted ha sido víctima de un crimen violento en Oregon, puede ser elegible para recibir ayuda a través del programa de Compensación para Víctimas de Crimen (CVC, por sus siglas en inglés). Entre los crímenes que pueden considerarse para el CVC se encuentran: violencia doméstica, agresión sexual, abuso infantil, robo, prejuicio u odio, tráfico de personas (sexual o laboral) y otros crímenes que causen daño físico o psicológico.

Puede solicitar el CVC para ayudar con los gastos relacionados con el crimen, por ejemplo:

- Atención médica/dental
- Consejería/apoyo para la salud mental
- Pérdida de ganancias
- Limpieza de la escena del crimen
- Fisioterapia y tratamiento alternativo adicional
- Reembolso de millas

Respuestas a las preguntas más frecuentes

- Si se informó a la policía o a un proveedor médico sobre el crimen, se realizó un examen SANE o SKIT (para agresión sexual o estrangulación) o se obtuvo una orden de protección, usted puede ser elegible para los beneficios completos del CVC. Si ninguno de estos aplica, hay un beneficio disponible que solo incluye consejería.
- Usted no puede recibir compensación del CVC por pérdidas o daños a la propiedad.
- Solo puede recibir compensación del CVC por pérdida de ganancias si usted tenía empleo al momento del crimen y no pudo ir a trabajar debido al crimen. El CVC no puede ayudar con los salarios perdidos debido a comparecencias ante el tribunal, citas médicas o licencia laboral intermitente. Se requiere un permiso de trabajo de un médico si faltó al trabajo durante más de 2 semanas.
- El CVC es el pagador de último recurso y solo puede pagar por los gastos no cubiertos por el seguro médico o dental, seguro de vivienda, discapacidad a corto plazo, el Permiso Pagado de Oregon, la compensación a los trabajadores o el seguro de auto (si corresponde).

Importante: El CVC no solicita ni toma en cuenta el estatus de inmigración para determinar la elegibilidad para la compensación.

¿Cómo presento una solicitud?

Puede presentar su solicitud de forma electrónica a través del Portal de Compensación para Víctimas de Crimen en doj.state.or.us/cvcportal.

También puede enviar su solicitud por correo electrónico: cvssd@doj.state.or.us

Puede enviar una solicitud impresa por correo postal a:

Oregon Department of Justice
Crime Victims' Compensation Program
1162 Court Street NE
Salem, OR 97301-4096
Teléfono: 503-378-5348 o 1-800-503-7983

Debe firmar el formulario para darnos permiso de verificar la información proporcionada en su solicitud. El CVC no puede procesar las solicitudes que no estén firmadas. No procesaremos una solicitud a menos que usted nos entregue una divulgación firmada.

Materiales accesibles

Para pedir esta solicitud en otro idioma, en un formato electrónico para lectores de pantalla o para solicitar una adaptación, comuníquese con nosotros en:

Correo electrónico: cvssd@doj.state.or.us

Teléfono: 503-378-5348 o 1-800-503-7983

¿Cómo puedo obtener ayuda relacionada con esta solicitud?

- Puede encontrar programas de servicios para víctimas que le ayudarán con su solicitud en cada condado: doj.state.or.us/davap
- Cuando use el Portal de CVC, consulte el tutorial en doj.state.or.us/cvcportal-tutorial.

¿Cuáles son los siguientes pasos?

- La avisaremos por correo postal o por correo electrónico cuando recibamos su solicitud. Usted recibirá un número de reclamo en un plazo de 2 días hábiles.
- Cuando se registre en el Portal de CVC en doj.state.or.us/cvcportal, podrá usar su número de reclamo para revisar el estatus de su solicitud en línea.
- Nos comunicaremos de nuevo con usted en un plazo de 60 a 90 días para informarle si hemos aceptado su solicitud.

¿Qué hago mientras espero por la decisión del CVC?

- Avísenos si su dirección postal, número telefónico o dirección de correo electrónico cambia. Llámenos al 503-378-5348 o gratis al 1-800-503-7983, o envíenos un correo electrónico a cvssd@doj.state.or.us.
- Una vez que tenga un número de reclamo, avísele a cualquier proveedor médico o dental con quien haya ido para recibir tratamiento relacionado con el crimen que ha solicitado el CVC. El CVC trabaja directamente con los proveedores para pagar las facturas relacionadas con el crimen.

Para obtener más información, visite nuestro sitio web: doj.state.or.us/crime-victims

Updated: 2023 Spanish



Programa de Compensación para Víctimas de Crimen de Oregon

El programa de Compensación para Víctimas de Crimen (CVC, por sus siglas en inglés) está aquí para ayudarle. Nuestra misión es disminuir el impacto de los crímenes sobre las víctimas y sus familias. Si tiene alguna pregunta sobre el programa de CVC, llámenos gratis al 1-800-503-7983 o envíenos un correo electrónico a cvssd@doj.state.or.us.

Formulario de solicitud – La información marcada con un * es obligatoria. La información marcada con ♦ es obligatoria, de acuerdo con una respuesta previa. Lea las instrucciones en esa sección para ver si la información se requiere en su situación.

¿Quién lo(a) remitió a nuestro programa? *				
<input type="checkbox"/> Policía	<input type="checkbox"/> Centro de Defensa del Menor	<input type="checkbox"/> Proveedor médico		
<input type="checkbox"/> Servicios para víctimas/defensor	<input type="checkbox"/> Defensor tribal	<input type="checkbox"/> Otro: _____		
Estoy llenando esta solicitud porque soy (marque una opción):				
<input type="checkbox"/> La víctima de un crimen	<input type="checkbox"/> Otro motivo (explique): _____			
<input type="checkbox"/> El padre, la madre o el/la tutor(a) de una víctima de crimen menor de 18 años de edad				
Información de la víctima (persona lesionada).				
Primer nombre: *		Segundo nombre:		Apellido: *
Dirección postal: *				Número de apartamento: *
Ciudad: *		Estado: *	Código postal: *	Teléfono: *
Fecha de nacimiento: *	Idioma preferido:			Pronombres:
¿Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico? *	♦ Si contestó "sí", comparta su dirección de correo electrónico:			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Información del/de la solicitante (padre, madre o tutor[a] de una víctima lesionada. Si está presentando la solicitud en nombre de alguien más, debe llenar la información marcada con ♦).				
Primer nombre: ♦		Segundo nombre:		Apellido: ♦
Dirección postal: ♦		Número de apartamento: *	Ciudad: ♦	Estado: ♦
				Código postal: ♦
Teléfono: ♦		Idioma preferido:		
Fecha de nacimiento: ♦	Pronombres:	Su relación con la víctima: ♦		
¿Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico? ♦	♦ Si contestó "sí", comparta su dirección de correo electrónico:			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Persona de contacto opcional (persona con quien podamos hablar sobre su reclamo)				
Primer nombre:		Apellido:		Idioma preferido:
Número de teléfono del contacto:	Correo electrónico del contacto:		Relación de la persona de contacto con la víctima:	

Información sobre el/la defensor(a) (la persona de servicios para víctimas o defensor[a] que le está ayudando con esta solicitud, si corresponde)				
Nombre del/de la defensor(a):	Correo electrónico del/de la defensor(a):	Teléfono del/de la defensor(a):	Condado:	
Información del seguro				
¿Qué seguro tenía la víctima cuando ocurrió el crimen? Marque TODAS las opciones que correspondan. *				
<input type="checkbox"/> Seguro privado de salud <input type="checkbox"/> Plan de Salud de Oregon <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Compensación al trabajador <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Ninguno				
Si la víctima tenía seguro privado de salud, se requiere la información de la compañía de seguros marcada con ♦. Mencione toda la información de seguros a continuación y use páginas adicionales, de ser necesario.				
Nombre de la compañía de seguros: ♦ <input type="checkbox"/>		Nombre de la compañía de seguros: ♦		
Información del proveedor (Si la víctima fue con un proveedor por lesiones relacionadas con el crimen, entonces el CVC solicitará los expedientes médicos. Una vez que el CVC apruebe su solicitud, usted tendrá la oportunidad de enviar facturas/estados de cuenta de todos los gastos relacionados con el crimen).				
¿Recibió la víctima algún tratamiento médico debido al crimen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Si contestó "sí", debe llenar la información de la consulta inicial relacionada con el crimen (hospital, atención de urgencia o consultorio médico) marcada con ♦.				
Nombre del proveedor o proveedores: ♦	Nombre del centro: ♦	Fecha del servicio: ♦		
Dirección: ♦	Ciudad/estado/código postal: ♦	Número de teléfono: ♦		
Información del crimen (requerida para todos los reclamos.)				
Tipo de crimen: *				
<input type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/> Violencia doméstica <input type="checkbox"/> Acoso <input type="checkbox"/> Hostigamiento <input type="checkbox"/> Agresión sexual (adulto) <input type="checkbox"/> Agresión sexual (infantil) <input type="checkbox"/> Abuso físico (infantil) <input type="checkbox"/> Tráfico de personas <input type="checkbox"/> Agresión relacionada con DUII <input type="checkbox"/> Odio/prejuicio <input type="checkbox"/> Secuestro <input type="checkbox"/> Atropello y fuga que haya provocado una lesión o la muerte <input type="checkbox"/> Abuso a adultos mayores <input type="checkbox"/> Robo <input type="checkbox"/> Otro crimen:				
¿Hubo un vehículo involucrado en el crimen? *		Si contestó "sí", mencione el seguro de auto y el número de reclamo de la víctima:		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Indique cuál de las siguientes opciones aplica: <input type="checkbox"/> Denuncia ante la policía <input type="checkbox"/> Denuncia ante un proveedor médico <input type="checkbox"/> Examen SANE o SKIT <input type="checkbox"/> Se obtuvo una orden de protección <input type="checkbox"/> Ninguna				
Presunto delinciente (si se conoce): *		Fecha de nacimiento:		
Delincuente adicional (si corresponde):		Fecha de nacimiento:		
Fecha del crimen:	Fecha en que se denunció:	Número de la denuncia:	Nombre del departamento de policía donde se presentó la denuncia: *	
Ubicación del crimen – dirección: *		Ciudad: *	Estado: *	Código postal: Condado: *

Pérdida de ganancias (si la víctima perdió salario debido al crimen).

¿Perdió la víctima ganancias debido al crimen? * Sí No

Si contestó "sí", se debe llenar la información marcada con ♦ a continuación.

Nombre del empleador de la víctima: ♦	Teléfono: ♦	Dirección y/o correo electrónico:
---------------------------------------	-------------	-----------------------------------

¿Ha regresado la víctima al trabajo? ♦ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ♦ De ser así, fecha en que regresó a trabajar:	¿Faltó la víctima al trabajo durante más de 2 semanas? ♦ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

Nombre del médico/proveedor de salud mental y centro médico de la víctima: ♦	Teléfono: ♦	Dirección y/o correo electrónico: ♦
--	-------------	-------------------------------------

Información adicional (si desea agregar información adicional, recuerde que esta solicitud puede divulgarse bajo la ley de registros públicos). Proporcione la siguiente información.

--

Consejería adicional (por ejemplo, consejería para un testigo menor de edad de violencia doméstica o un familiar de una víctima menor de edad de abuso sexual o físico). Proporcione la siguiente información.

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Relación con la víctima:	Compañía de seguros:

Información sobre el abogado de derecho civil

¿Ha contratado a un abogado para una demanda civil relacionada con este crimen? Sí No

Si contestó "sí", debe llenar la información del abogado marcada con ♦ en esta sección.

Nombre del/de la abogado(a): ♦	Teléfono: ♦	Correo electrónico: ♦
--------------------------------	-------------	-----------------------

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
------------	---------	---------	----------------

Divulgación requerida para procesar su solicitud

El programa de Compensación para Víctimas de Crimen (CVC, por sus siglas en inglés) debe verificar la información en una solicitud. Al firmar esta divulgación, está dando su permiso para que el CVC recopile 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. Nunca nos pondremos en contacto con el presunto responsable o los testigos civiles durante el proceso de revisión de su reclamo.

Usted debe firmar este formulario para permitir que el CVC verifique la información en su solicitud.

Devolveremos cualquier solicitud que no esté firmada.

Divulgación de información médica y de otro tipo

Al firmar esta solicitud, doy mi consentimiento para la divulgación de expedientes entre el 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 al Trabajador, la Oficina del Fiscal General del condado y el Administrador del Tribunal Estatal; o cualquier otra persona o agencia de orden público autorizada para los fines relacionados con mi solicitud del CVC, la gestión de mi reclamo y la restitución.

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.

El reclamo es válido durante 3 años a partir de la fecha de aceptación. Esta divulgación es válida hasta que venza el reclamo o el/la solicitante revoque el consentimiento

Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, pero mi revocación no puede aplicarse retroactivamente a las divulgaciones que ya hayan ocurrido.

Otra información sobre la compensación o información fraudulenta

Al firmar esta solicitud, acepto informar inmediatamente a CVC cuando espere recibir o reciba cualquier recuperación relacionada con el crimen (cualquier pago o compensación relacionado con este crimen, como pagos del seguro).

Si recibo recuperación relacionada con el crimen de otras fuentes, acepto reembolsarle a CVC de esos pagos de recuperación hasta la cantidad total que CVC me haya otorgado. Acepto que las fuentes de recuperación aplicables con respecto al presente acuerdo incluyen, entre otras, indemnización impuesta por el tribunal, sentencias civiles en contra del delincuente u otras terceras partes responsables/obligadas, cualquier indemnización de seguro, o indemnizaciones/beneficios de cualquier otra agencia gubernamental o privada. **Acepto reembolsarle al CVC todo el dinero que el CVC pagó en relación con este reclamo si se determina que el reclamo fue fraudulento.**

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 la víctima o del/de la solicitante:	Fecha:
Firma de una víctima de entre 14 y 17 años de edad:	Fecha:

Contexto jurídico

De acuerdo con el ORS 147.105 (1)(i), CVC tiene la autoridad para solicitar información con el fin de procesar solicitudes de compensación. Si usted recibe compensación debido a que falsificó información de forma intencional que CVC utilizó para determinar o para pagar la compensación, su adjudicación de compensación se perderá.

No discriminación

El CVC está comprometido con brindar servicios libres de discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, grupo étnico, religión, sexo, discapacidad, edad, identidad de género, orientación sexual y casta. Todos los programas federalmente financiados, incluido el CVC, tienen prohibido discriminar de esta forma con base en el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, 42 U.S.C. 2000(d); Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1974, en su versión modificada: Subtítulo A, Título II de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés); regulaciones del Departamento de Justicia sobre la discriminación por discapacidad, 28 CFR Partes 35 y 39; Título IX de las Enmiendas sobre la Educación de 1972; la Ley de Discriminación por Edad de 1974; la Ley Ómnibus para el Control de la Delincuencia y la Seguridad en las Calles; la Ley de Víctimas del Crimen; la Ley de Violencia en Contra de las Mujeres; y las regulaciones de no discriminación del Departamento de Justicia, 28 CFR Parte 42, Subpartes C, D, E y G.

La siguiente información voluntaria se usa para fines estadísticos únicamente con el fin de cumplir con las normas federales.		
¿Es la víctima una persona con discapacidades? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿La víctima tenía una discapacidad antes de la fecha del crimen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Género:
Raza/grupo étnico de la víctima:		
<input type="checkbox"/> Negro o afroestadounidense	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Múltiples razas
<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o indígena de Alaska	<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> Otro grupo étnico:
<input type="checkbox"/> Indígena de Hawái o de otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco no latino	