

DAN RAYFIELD  
Attorney General



BENJAMIN GUTMAN  
Deputy Attorney General

**DEPARTMENT OF JUSTICE**  
CRIME VICTIM & SURVIVOR SERVICES DIVISION

March 18, 2026

Victim1  
VAddr1  
VAddr2  
VCityStateZip1  
VFaxEmail1

Re: No.de Reclamo: ClaimNbr1                      El Reclamo se vence ExpirationDate.

- Estimado/a VictimGreet:

El Programa de Compensación para Víctimas de Crimen (CVC) requiere una autorización firmada para cualquier persona incluida en una solicitud de compensación. Firme y feche el formulario de autorización adjunto y devuélvalo al Departamento lo antes posible. El Departamento requiere esta autorización firmada para poder procesar su solicitud y trabajar con cualquier proveedor médico. En la mayoría de los casos, los proveedores médicos no divulgarán la información necesaria para el procesamiento de su reclamo sin una autorización.

Tendrá 30 días a partir de la fecha de esta carta para proporcionar la documentación solicitada a menos que solicite y esta oficina le conceda una extensión de tiempo. Gracias por su rápida respuesta. Si tiene alguna pregunta, llame o envíe un correo electrónico.

Atentamente,

Programa de Compensación para Víctimas de Crimen  
T: (503) 378-5348  
C: [cvssd@doj.oregon.gov](mailto:cvssd@doj.oregon.gov)  
F: (503) 378-5738

**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; cualquier agencia 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.

Al marcar esta casilla y escribiendo mi nombre abajo firmo electrónicamente mi solicitud. Entiendo que mi firma electrónica tiene el mismo efecto legal y se puede hacer cumplir de la misma manera como mi firma manuscrita.

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:		

- Negro o afroestadounidense
- Indígena estadounidense o indígena de Alaska
- Indígena de Hawái o de otra isla del Pacífico

- Asiático
- Hispano o latino
- Blanco no latino

- Múltiples razas
- Otro grupo étnico: