Departamento de Justicia de Oregon
División de Servicios para Víctimas y Sobrevivientes de Crimen
(503) 378-5348 o (800) 503-7983
1162 Court Street, NE, Fax: (503) 378-5738
Salem, Oregon 97301-4096 Correo electrónico cvssd@doj.state.or.us

Solicitud de Respuesta de Emergencia para Compensación para Víctimas de Crimen (CVC)

¿Quién tiene derecho a las prestaciones de compensación?

- Esta solicitud es para cualquier persona presente durante un incidente masivo de violencia que haya sufrido trauma físico o psicológico.
- Un familiar de una víctima fallecida.
- Los solicitantes que consideren que son elegibles y deseen recibir compensación por gastos médicos y de consejería que ocurrieron como resultado directo al crimen.

¿Qué tipos de beneficios pueden estar disponibles para los solicitantes elegibles?

- Beneficios de consejería
- Beneficios médicos
- Beneficios de rehabilitación
- Beneficios por pérdida de ingresos
- Transporte (60 millas ida y vuelta solo para citas médicas o de asesoramiento relacionadas con el crimen)
- Beneficios funerarios
- Beneficios de Consejeria para Sobrevivientes
- Beneficios por pérdida de apoyo para Sobrevivientes de víctimas de homicidio

El seguro de salud, incluido el Oregon Health Plan, debe utilizarse antes de CVC. CVC puede cubrir copagos y deductibles. Si no tienes seguro médico, CVC puede cubrir el tratamiento relacionado al crimen.

Si tiene preguntas sobre la compensación de víctimas de delitos, por favor llame al 503-378-5348 o al 1-800-503-7983.

Departamento de Justicia de Oregon
División de Servicios para Víctimas y Sobrevivientes de Crimen
(503) 378-5348 o (800) 503-7983
1162 Court Street, NE, Fax: (503) 378-5738
Salem, Oregon 97301-4096 Correo electrónico cvssd@doj.state.or.us

Solicitud de Respuesta de Emergencia para Compensación para Víctimas de Crimen

Fecha del crimen: _____

Asistente/voluntario ayudando a la víctima con la solicitud:

Nombre: _____ Ph#:_____

¿Cuál fue tu experiencia en este incidente?

- ☐ Mi ser querido murió por el incidente.
- ☐ Yo fui herido(a) en el incidente, O estaba presente y escuché/vi cómo ocurría el incidente.
- ☐ Mi hijo menor resultó herido por el incidente O estaba presente y escuchó/vio cómo ocurría el incidente.

Información de la víctima *(Persona que resulta herida, fallecida o que estuvo presente durante el incidente. Si la víctima ha fallecido Se requiere la fecha de fallecimiento.)*

Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:			
Dirección postal:	Apartamento #:	City:	Estado:	Código Postal:	
Teléfono:	Fecha de nacimiento:	Idioma preferido:	Si la víctima ha fallecido, fecha de fallecimiento:		
¿Podemos contactarle por correo electrónico? ☐ Sí ☐ No	Si es así, por favor proporciona su dirección de correo electrónico:				

Información del solicitante *(padre o tutor de la víctima herida, o familiar de la víctima fallecida).*

Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:		
Dirección postal:	Apartamento #:	City:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:	Fecha de nacimiento:	Idioma preferido:	su relación con la víctima:	
¿Podemos contactarle por correo electrónico? ☐ Sí ☐ No	Si es así, por favor proporciona tu dirección de correo electrónico:			

Persona de contacto opcional *(Persona con quien podemos hablar sobre su reclamo O segundo padre/tutor)*

Nombre:	Apellido:	Idioma preferido:
Teléfono de la persona de contacto:	Correo electrónico de la persona de contacto:	Relación de la persona de contacto con la víctima:

Pérdida de ingresos/manutención (*¿Perderá la víctima salarios como consecuencia del incidente?* ☐ *Sí* ☐ *No*)

Nombre del empleador	Dirección	Teléfono
Nombre del médico de las víctimas	Dirección	Teléfono

Información sobre seguros

¿Qué seguro tenía la víctima en el momento del Crimen? Por favor, revisa TODO lo que sea aplicable.

☐ Seguro de Salud Privado ☐ Plan de Salud de Oregón ☐ Medicare ☐ Compensación por Trabajadores ☐ Dental ☐ Ninguno

Nombre de la compañía de seguros:	Nombre de la compañía de seguros:

Solo para reclamaciones por homicidio

Proveedor de servicios funerarios:	**Dirección:**	**Teléfono:**

Terapia para supervivientes (por favor, indique los nombres de los familiares que buscan asesoramiento para supervivientes. Si necesitas espacios adicionales, por favor adjunta otra página)

Nombre	**Fecha de nacimiento**	**Teléfono/Correo electrónico**	**Proveedor de seguros**

Autorización requerida para tramitar tu 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 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.

Firma de la víctima/solicitante:	Fecha: