

# SOLICITUD COMPENSACION DE VICTIMAS DE CRIMENES



ESTADO DE RHODE ISLAND **OFICINA DEL TESORERA GENERAL**  
**SETH MAGAZINER**

**Sólo para Uso Oficial**

Claim # \_\_\_\_\_

*(Por favor escriba claro y en letra de molde)*

## Información de Víctima (Conteste TODAS las preguntas para iniciar proceso)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Femenino <input type="checkbox"/>
			Masculino <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento / /	Sec. Soc. - -	Teléfono ( )	
Dirección		Teléfono Celular ( )	
Ciudad	Estado	Área Postal	
Correo Electrónico			

## Información del Demandante (Para menores y familias de un difunto. Conteste TODAS las preguntas para iniciar proceso)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Femenino <input type="checkbox"/>
			Masculino <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento / /	Soc. Sec. - -	Teléfono ( )	
Su Dirección		Celular ( )	
Ciudad	Estado	Área Postal	
Correo Electrónico			Relación con la Víctima

## Información del crimen

**Describa los detalles del crimen:**

Departamento de policía donde reporto el crimen	Oficial que investiga el crimen
Fecha del crimen / /	Fecha que reportó el crimen / /
Fecha en que el crimen fue descubierto / /	
Lugar exacto del crimen	
Nombre (s) de persona(s) que cometieron el crimen	
Es usted representado por un abogado en un caso civil o contra un seguro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No en este momento	
Nombre de Abogado	
Teléfono	Dirección

Gastos por los cuales pide compensación: Por favor envíe copias de sus recibos

- Pérdida de Salario
- Consulta Psicológica para la víctima
- Gastos Médicos
- Gastos Dentales
- Pérdida de Salario para padres de víctimas menores
- Gastos de renta y mudanza

### CASOS DE HOMICIDIOS

- Costos funerarios/entierros
- Limpieza Escena del Crimen
- Perdida de Apoyo Financiero
- Consulta Psicológica para Familiares
- Gastos de renta y mudanza

**Información de Seguro:**  Medico  Medicaid/Medicare  Compensación de trabajadores  Carro  Ninguno

## Información General (Opcional; esta información es utilizada solo para propósitos estadísticos federales.)

<b>Incapacitado:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Edad:</b> <input type="checkbox"/> 17-menor <input type="checkbox"/> 18-63 <input type="checkbox"/> 64-mayor
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indio Americano	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro
<b>¿Quién lo refirió?</b> <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Oficina del Fiscal General <input type="checkbox"/> Funeraria	<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Agencia de Servicios de Víctimas <input type="checkbox"/> Otro _____

**ACUERDO DE PAGO**

Yo entiendo que el fondo de Compensación para Víctimas es un fondo de último recurso. Yo entiendo que la ley de Rhode Island requiere que le informe y reembolsar al Programa de Compensación de Víctimas de Crímenes cualquier pago que yo reciba directamente del ofensor, de una demanda civil, del seguro, de una agencia privada o del gobierno, o de cualquier otro medio. Estoy de acuerdo con notificar al Programa de Compensación de Víctimas si obtengo representación legal en cualquier acción relacionada con este caso.

**CONSENTIMIENTO PARA ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD**

Yo autorizo a cualquier hospital, lugar médico, doctor, consejero, empleo, compañía de seguro, persona o agencia a dar la información necesaria al Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes. Entiendo que la información será solamente usada para determinar los beneficios de compensación. Entiendo que los archivos son protegidos por la ley de confidencialidad federal y bajo las leyes generales del estado de Rhode Island, y no pueden ser reveladas sin mi consentimiento escrito al no ser requerido por la ley. Cualquier información revelada o recibida como resultado de este consentimiento no será compartida con ninguna otra persona, organización u otra entidad, sin obtener otro consentimiento escrito. Puedo retirar este consentimiento notificando por escrito a la agencia mencionada anteriormente antes que la información sea compartida. Autorizo que una copia de este consentimiento sea aceptada con la misma autorización que el original.

Yo certifico, bajo penalidades de perjurio, que la información y la documentación adjunta a esta aplicación es verdadera y correcta de acuerdo a mi conocimiento.

**AUTHORIZACION PARA OBTENER BCI**

De acuerdo a las Leyes Generales de Rhode Island 12-25-19 (d), la Ley de Lesiones Criminales del 1999, esta oficina puede negar una aplicación para obtener compensación, si la víctima ha cometido algún crimen violento en los últimos cinco años o posteriormente.

Yo, \_\_\_\_\_, mi fecha de nacimiento es \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ por este medio autorizo a la Oficina de Identificación Criminal (BCI) en el Departamento del Fiscal General de Rhode Island que ponga a disposición del Programa de Compensación para Víctimas de Crimen mi antecedente penales que la Oficina de Identificación Criminal tiene en archivo en referencia a mí.

Por medio de la presente renuncio a cualquier y toda clase de acción, causas de acción y demandas de todo tipo, naturaleza y descripción, que surjan por obtener y solicitar mis antecedentes penales, en contra del Estado de Rhode Island, Oficina de Identificación Criminal, el Fiscal General y los empleados de la Oficina del Procurador General y la Oficina del Tesorero General, tanto en derecho y equidad que yo pueda tener ahora o en el futuro.

***DEBE ENVIAR UNA COPIA DE UNA IDENTIFICACION VALIDA CON FOTO***

---

**Firma**

**Fecha**

**Devuelva la Solicitud Completa a:**  
CRIME VICTIM COMPENSATION PROGRAM  
Office of the General Treasurer  
50 Service Avenue, 2<sup>nd</sup> Floor  
Warwick, RI 02886  
Phone 401-462-7655 Fax 401-462-7694  
[www.treasury.ri.gov](http://www.treasury.ri.gov)