



421 NW 13th St., Suite 290 • Oklahoma City, OK 73103
Teléfono (405) 264-5006 • Teléfono de llamada gratuita (800) 745-6098
Fax (405) 264-5097
Sitio web: www.okvictimscomp.com
Correo electrónico: victimsservices@dac.state.ok.us

Instrucciones

El formulario de reclamo debe recibirse en la dirección antes mencionada en un plazo de un año.

Si se traslada y no deja ninguna dirección para comunicarse con usted, su reclamo se rechazará, así que debe notificarnos su dirección postal correcta.

Complete a cabalidad TODAS las secciones y firme las tres áreas de la página cuatro.

Puede enviar un correo electrónico con la información de la dirección actual a: victimsservices@dac.state.ok.us

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

- El delito debe haberse denunciado ante los oficiales de cumplimiento de la ley en un plazo de 72 horas contadas a partir del incidente (se pueden prorrogar por una causa justificada).
- El reclamo debe presentarse en el plazo de un año contado a partir del incidente o fallecimiento de la víctima (el plazo se puede prorrogar en ciertos casos y por una causa justificada).
- La víctima no fue el agresor ni cómplice y la reparación no beneficiará al agresor ni cómplice.
- Existe pérdida económica después de deducir recursos colaterales.
- La víctima y el reclamante cooperaron completamente con los correspondientes cuerpos policiales.
- La víctima no contribuyó de ninguna forma con las lesiones ni la muerte en la cual se basa el reclamo.

SECCIÓN A Información de la víctima (persona lesionada, muerta o bajo amenaza directa de violencia)

1) Una víctima (definida como la persona fallecida, lesionada o un testigo bajo amenaza directa de violencia, que sufrió lesiones físicas o psicológicas como resultado del delito)

2) Un dependiente de una víctima que falleció como consecuencia del delito

3) Una persona autorizada para actuar en nombre de la víctima o del dependiente

Sección B Complete únicamente si la víctima: falleció, es un menor o un adulto discapacitado.

Los reclamantes autorizados pueden ser: 1) los padres de un menor; 2) un dependiente de una víctima que haya fallecido debido al delito; 3) una persona autorizada para actuar en nombre de la víctima o del dependiente; o 4) una persona legalmente responsable del pago de los gastos que hayan surgido debido delito (por ejemplo: la persona responsable del pago de los gastos funerarios).

SECCIÓN C La persona de contacto debe ser distinta a la persona que aparece en la información de la víctima y del reclamante. Esta información debe proporcionarse en el caso de que sea imposible comunicarse con el reclamante por teléfono o por correo. La persona de contacto debe ser alguien en quien confíe para que le dé un mensaje, alguien que sepa su paradero y alguien que sepa que usted fue víctima de un delito. Si el programa de asistencia para víctimas tribales está ayudando con el reclamo, la persona de contacto del programa deberá incluirse en esta sección.

SECCIONES D - F Marque todas las opciones que correspondan y llene los espacios en blanco. Si no puede responder la pregunta, ponga N/A.

SECCIÓN G Información de empleo: Las personas empleadas que falten al trabajo por haber sido víctimas de un delito podrían cualificar para recibir reembolso de los salarios perdidos durante el período de recuperación de sus lesiones (físicas o psicológicas), siempre que el delito haya impedido que la persona trabaje y un médico o profesional de salud mental, además del empleador de la víctima, puedan verificar la discapacidad. No habrá compensación por pérdida de salarios si la víctima recibió pago por el tiempo de ausencia, sin importar cuál fue la fuente de pago. La pérdida del sustento de los dependientes de la víctima fallecida se puede compensar si existe documentación que indique que las fuentes colaterales (p. ej., Seguro Social y seguro de vida) son inferiores al ingreso neto que proveía la víctima antes de su fallecimiento. Si la víctima trabajaba de forma independiente cuando ocurrió el delito o si el empleador no retenía los impuestos, se requieren las declaraciones de impuestos de los últimos tres años antes de que perdiera el trabajo o perdiera la manutención para que se puedan tomar en consideración. La pérdida de empleo se calcula con base en el tiempo de discapacidad especificado por el médico o el profesional de salud mental y el empleador.

SECCIÓN H Complete si la víctima tiene dependientes.

SECCIÓN I Gastos que se reclaman: Esta área nos ayuda a determinar qué documentación se necesita para tomar una decisión en cuanto a su reclamo. **Información sobre las lesiones de la víctima:** Indique las lesiones que sufrió como consecuencia del delito y adjunte todos los reclamos médicos desglosados. Indique los hospitales y los médicos tratantes o profesionales de salud mental de la víctima

SECCIÓN J Complete esta información sobre el agresor, si se conoce. Si no se conoce, indíquelo.

SECCIÓN K-O Divulgaciones y secciones de firma.

LA LEY DE COMPENSACIÓN A VÍCTIMAS DE DELITOS NO PERMITE QUE SE OTORGUEN FONDOS POR DOLOR O SUFRIMIENTO, NI POR DAÑOS A LA PROPIEDAD.

Tipos de gastos que cubren los reclamos elegibles

Funerarios/entierro: Se pueden reembolsar hasta \$7,500 por gastos razonables relacionados con el funeral, cremación o entierro de la víctima fallecida.

Servicios tradicionales para indígenas americanos: Además de los gastos que se indican en las instrucciones, también se puede considerar el reembolso de los gastos por ceremonias tradicionales de sanación o entierro para víctimas que fueran indígenas americanos y los familiares de víctimas de homicidio que sean indígenas americanos. El monto máximo permitido para gastos relacionados con el entierro, incluidos los regalos, es de \$7,500. El monto máximo permitido para servicios de sanación para víctimas de lesiones es de \$3,000. El monto máximo permitido para servicios de sanación por cada familiar después de un homicidio es de \$3,000. El monto máximo que se otorga por todos los servicios compensados a través del Programa de Compensación a Víctimas de Delitos (Crime Victims Compensation Program) no puede exceder \$20,000. Si se solicita reembolso por ceremonias de sanación o entierro, debe comunicarse con el Programa de Compensación a Víctimas de Delitos llamando al 1-800-745-6099 para obtener más información.

Pérdida económica futura: Servicios necesarios que no se pueden obtener sin la autorización previa de la Junta de Compensación de las Víctimas (Victims Compensation Board) o pago anticipado de la víctima. Para enviar una solicitud por pérdida económica futura, incluya una lista desglosada de los gastos en los que espera incurrir, junto con una explicación relacionada con el gasto. En caso de trabajos dentales futuros o cirugías futuras necesarias para reparar el daño del incidente delictivo, pida al médico tratante que haga un cálculo estimado preciso que indique claramente el trabajo que se debe realizar y el costo. El médico tratante debe indicar, por escrito, la necesidad médica del tratamiento debido a lesiones adquiridas durante el delito.

Pérdida de ingresos/pérdida económica: Pérdida de ingresos por el trabajo de que la víctima debería estar realizando si no hubiera estado lesionada. La ausencia de trabajo debe verificarla el empleador y el médico tratante. La pérdida de ingresos por trabajo del encargado de cuidados será retribuida hasta por \$3,000 si el empleador del encargado de cuidado puede verificar la ausencia de este al trabajo. Solo se podrá retribuir hasta \$3,000 por ausencia laboral del cuidado para las personas que hayan perdido salarios no reembolsables debido a que están cuidando a una víctima de un delito que está lesionada.

Cuidado de dependientes/pérdida de sustento: En caso de fallecimiento de la víctima, la Junta puede tomar en consideración la concesión de un reembolso por pérdida del sustento para un dependiente, de acuerdo a los ingresos netos de la víctima al momento del fallecimiento, menos cualquier fuente colateral, como: seguro de vida, cobertura para automovilista no asegurado (más de \$50,000), seguro social, compensación de los trabajadores o reembolso de terceros.

Rehabilitación médica/dental: Incluye productos, servicios y adaptaciones para atención médica relacionada directamente con el delito (por ejemplo, exámenes médicos, equipo médico, trabajo dental, gastos de hospital y recetas médicas, fisioterapia, capacitación ocupacional de rehabilitación y otros tratamientos y atención curativa). Honorarios médicos adeudados a proveedores de servicio se podrán pagar hasta en un 80% con una condonación requerida del 20 % de parte del proveedor de servicios médicos.

Terapia para las víctimas/salud mental: Se pueden pagar los gastos de terapia hasta en un 80 % con una condonación requerida del 20 % de parte del proveedor de servicios médicos. El monto máximo que se puede compensar por terapia para la víctima es de \$3,000. La Junta puede eximir este límite en circunstancias especiales.

Terapia de duelo: La terapia de duelo que se realice dentro de los 3 años después del delito se puede compensar hasta en \$3,000 por cada familiar de una víctima de homicidio, siempre que el terapeuta sea un profesional de salud mental cualificado. *El tratamiento médico y farmacéutico para los familiares de una víctima de homicidio no se remunerará.*

Servicios de reemplazo: Gastos incurridos razonablemente y pagados por el reclamante para obtener servicios ordinarios y necesarios para reemplazar los servicios que desempeñaba la víctima para su propio beneficios o el de su familia, si la víctima no hubiera resultado lesionada o no hubiera fallecido (p. ej., servicios para cortar la grama, limpieza, cocina, cuidados infantiles) El reembolso por pérdida, robo o daño a la propiedad no lo cubre la Ley.

Limpieza de la escena del delito y tarifas de retención: Se reembolsan los gastos de limpieza de la escena del delito hasta en \$2,000. Se puede pagar hasta \$750 por tarifas de retención de vehículo, siempre que la víctima o el reclamante sean responsables del pago de estas tarifas que están asociadas con un delito violento que haya ocurrido dentro del vehículo, siempre que el vehículo haya sido confiscado para fines de evidencia.

Viajes: Se pueden hacer reembolsos por millaje para asistir a citas médicas o de terapia. Será necesario presentar documentación del proveedor para verificar las fechas de los servicios. Los viajes hacia o desde las audiencias judiciales no son elegibles.

LÍMITES DE COMPENSACIÓN

La suma de todos los pagos individuales que se le hagan a los reclamantes individuales y a los proveedores de servicios en nombre de una víctima no podrá exceder de \$20,000.00. Además de la asignación inicial de \$20,000.00, puede haber otros \$20,000.00 disponibles por pérdida de trabajo o pérdida de sustento. En ningún caso la suma de todos los pagos podrá exceder de \$40,000.00. No se pueden otorgar fondos por dolor o sufrimiento o por delitos a la propiedad.



FORMULARIO DE RECLAMO OFICIAL

Debe enviarlo a: 421 N.W. 13TH STREET, SUITE 290 • OKLAHOMA CITY, OKLAHOMA 73103
 405/264-5006 o 800/745-6098 • Fax: 405/264-5097
 Sitio web: www.okvictimscomp.com • Correo electrónico: victimsservices@dac.state.ok.us

SECCIÓN A. INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA

(persona lesionada, fallecida o testigo)

1. Primer nombre de la víctima:		2. Inicial del segundo nombre:		3. Apellido:	
4. Fecha de nacimiento:		5. Edad cuando se cometió el delito:		6. Número de Seguro Social:	
7. Sexo:					
8. Dirección, ciudad, estado y código postal:					
Correo electrónico:					
9. Dirección postal, ciudad, estado y código postal (si es diferente a la dirección física):					
10. Teléfono durante el día: ()			11. Otro teléfono: ()		
12. Raza/origen étnico: (Solo para fines estadísticos)					
<input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska: Afiliación tribal: _____ <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano					
<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco, no latino /caucásico <input type="checkbox"/> Otra raza _____					
13. Discapacidades antes de la victimización					

SECCIÓN B: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (RECLAMANTE)

(Complete esta sección solo si la víctima es un menor, una persona discapacitada o si falleció).

1. Primer nombre del reclamante:		2. Inicial del segundo nombre:		3. Apellido:	
4. Relación con la víctima mencionada antes:					
5. Dirección, ciudad, estado y código postal:					
Correo electrónico:					
6. Dirección postal, ciudad, estado y código postal (si es diferente a la dirección física):					
7. Teléfono durante el día: ()		8. Otro teléfono: ()		9. N.º de Seguro Social del reclamante:	

SECCIÓN C: INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA DE CONTACTO

(No colocar a la víctima, ni al reclamante ni a ninguna otra persona que viva en el hogar).

1. Primer nombre del contacto:		2. Inicial del segundo nombre:		3. Apellido:	
4. Relación de la persona de contacto con la víctima:					
5. Dirección, ciudad, estado y código postal:					
6. Dirección postal, ciudad, estado y código postal (si es diferente a la dirección física):					
7. Teléfono durante el día: ()		8. Otro teléfono: ()		9. Marque aquí si la persona de contacto es defensor de una víctima tribal: <input type="checkbox"/>	

Para que complete OCVCB

Se envió por correo al reclamante el ___/___/___

Iniciales VWC _____

Fecha de registro del reclamante ___/___/___

Para que complete OCVCB

N.º de reclamo _____

N.º de distrito _____

Coord V/W F/R _____

SECCIÓN D: INFORMACIÓN SOBRE EL HECHO DELICTIVO

1. ¿Qué delito causó la presentación de este reclamo?

- Incendio provocado
- Asalto
- Robo
- Robo de automóvil
- Conducción bajo influencia (DUI)/Conducción intoxicado (DWI)
- Abuso físico/negligencia a un menor (menor de 16 años)
- Pornografía infantil (menor de 16 años)
- Abuso sexual infantil (menor de 16 años)
- Homicidio
- Trata de personas
- Robo de identidad/Fraude/Delitos financieros (solo se puede reembolsar la terapia para este tipo de delitos).
- Secuestro
- Abandono de la escena
- Robo
- Agresión sexual
- Acoso
- Terrorismo
- Otros: _____

2. Lugar en donde se cometió el delito (Marque la ubicación principal)

- Bar o Club
- Empresa (distinta al lugar de trabajo de la víctima)
- Área rural
- Casa o apartamento de otra persona
- Calle
- Vehículo
- Lugar de trabajo de la víctima
- Apartamento o casa de la víctima
- Otro: _____

Ciudad donde se cometió el delito: _____

Condado donde se cometió el delito: _____

3. Fecha del delito: _____

4. Hora en que se cometió el delito: _____

5. Si la víctima es un menor, ¿cuándo informó el menor sobre el delito a un adulto?: Fecha: _____ Hora: _____

6. ¿Cuándo se denunció el delito a la policía? Fecha: _____ Hora: _____

7. ¿Quién denunció el delito? _____

8. ¿En qué agencia se denunció el delito? _____

SECCIÓN E - INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Tiene cobertura de seguro para ayudar con los gastos que reclama? Sí No Si la respuesta es sí, indique todas las coberturas de seguro:

1. Salud (complete si se reclaman gastos médicos)

Compañía: _____ Teléfono: () _____ Número de miembro/grupo: _____

Marque aquí si es beneficiario de Medicaid o Soonercare N.º de Medicaid o Soonercare _____

2. Seguro de vida (complete si la víctima falleció)

Compañía: _____ Monto recibido: \$ _____ Número de póliza: _____

Beneficiario: _____ Relación con la víctima: _____ Teléfono: () _____

Dirección, ciudad, estado, código postal: _____

3. Seguro de automóvil (complete si el delito está relacionado con un vehículo)

Compañía 1: _____ Monto recibido \$ _____ Nombre del agente: _____

Teléfono () _____ Número de póliza: _____ Fecha de vigencia: _____

Compañía 2: _____ Monto recibido \$ _____ Nombre del agente: _____

Teléfono () _____ Número de póliza: _____ Fecha de vigencia: _____

SECCIÓN F – INFORMACIÓN DEL ABOGADO PRIVADO (COMPLETE SI HAY UN PROCESO LEGAL, NO INCLUYA AQUÍ LA INFORMACIÓN DEL CASO PENAL)

1. ¿Presentó la víctima o el reclamante alguna demanda legal civil en contra de alguna persona por este delito? Sí No

2. Nombre del abogado y del bufete legal: _____

3. Teléfono del abogado: () _____

4. Dirección, ciudad, estado y código postal del abogado: _____

¿Cómo se enteró sobre este programa? Policía Oficina del Fiscal del Distrito Cartel/Folleto Hospital/proveedor médico
(Marque una opción) Médico forense Programas de Asistencia para las Víctimas Funeral Otro: _____

SECCIÓN G: INFORMACIÓN DE EMPLEO DE LA VÍCTIMA:

(SI TENÍA UN EMPLEO INDEPENDIENTE, SE NECESITAN LAS DECLARACIONES DE IMPUESTOS DE LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS).

1. Empleador: _____
2. Ocupación: _____
3. Teléfono del empleador: () _____
4. Nombre del supervisor: _____
5. Dirección, ciudad, estado, código postal del empleador: _____
6. ¿Faltó la víctima al trabajo debido al hecho delictivo? Sí No
7. ¿Cuántos días faltó la víctima al trabajo debido lesiones físicas o psicológicas relacionadas con el hecho delictivo? _____
 a. Desde la fecha: _____ b. Hasta la fecha: _____
8. Nombre del médico o del profesional de salud mental que autorizó que la víctima regrese al trabajo: _____
9. Teléfono del médico o del profesional de salud mental: () _____
10. Dirección, ciudad, estado y código postal del médico o del profesional de salud mental: _____

SECCIÓN H: DEPENDIENTES

Indique los nombres y las edades de los dependientes de la víctima, si la víctima falleció:

SECCIÓN I: GASTOS QUE SE RECLAMAN

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Funeral/entierro | <input type="checkbox"/> Cuidado de dependientes/pérdida del sustento | <input type="checkbox"/> Terapia/salud mental | <input type="checkbox"/> Viajes (visitas al médico/terapeuta) |
| <input type="checkbox"/> Servicios tradicionales para indígenas americanos | <input type="checkbox"/> Médicos | <input type="checkbox"/> Terapia de duelo | |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de ingresos/sustento económico | <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Servicios de reemplazo | |
| <input type="checkbox"/> Pérdida económica futura | <input type="checkbox"/> Rehabilitación | <input type="checkbox"/> Limpieza de la escena del delito | |

Información sobre las lesiones de la víctima:

1. Indique cuáles son las lesiones (físicas y psicológicas) causadas por el delito:

2. Indique los médicos, profesionales de salud mental y hospitales en donde estuvo la víctima o donde recibió tratamiento después del hecho delictivo:

3. Funeraria y dirección (si corresponde): _____

SECCIÓN J. INFORMACIÓN DEL AGRESOR (si se conoce)

1. Anote los nombre de las personas que cometieron o son culpados por el o los delitos:

2. ¿Ha habido algún arresto? Sí No

3. ¿Se han presentado cargos? Sí No

4. Si se presentaron cargos, ¿cuál es el número de caso penal (si se conoce): _____

5. Relación de la víctima con el agresor (si la hay): _____

SECCIÓN K: PLAZO DE PRESENTACIÓN

El formulario de Compensación para las Víctimas de Delito se debe recibir en la oficina de la Junta de Compensación para Víctimas de Delitos en un plazo de un (1) año a partir de la fecha del incidente o del fallecimiento de la víctima, sin importar si adjunta al reclamo todas las facturas y la documentación de respaldo. En ciertas circunstancias, el plazo límite se puede prorrogar hasta dos (2) años, a discreción de la Junta. En los casos en donde hay abuso infantil involucrado, los reclamos se podrían aceptar después del plazo de dos (2) años.

SECCIÓN L: CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS

Todos los registros y la información proporcionados a la Junta para el trámite del reclamo en nombre de una víctima de un delito debe ser confidencial de conformidad con lo establecido en 21 O.S. 142.9 (G) de los Estatutos de Oklahoma.

SECCIÓN M: AL FIRMAR A CONTINUACIÓN...

Acepto que he leído y entiendo todas las instrucciones y requisitos de elegibilidad y acepto que la Junta de Compensación para Víctimas de Delitos pague todas o parte de las facturas no pagadas por servicios prestados a la víctima directamente a los proveedores, si lo aprueban. Además, por este medio certifico que la información contenida en este reclamo es verdadera y entiendo que si presento un reclamo falso para compensación esto se considera un delito menor que puede castigarse con una multa que no debe exceder de mil dólares (\$1,000.00) o prisión en la cárcel del condado por un período de un (1) año o ambos, multa y prisión. En el caso de que reciba compensación por lesiones de otra fuente, después de recibir la asignación de la Junta de Compensación para Víctimas de Delitos, entiendo que seré responsable de reembolsar a la Junta de Compensación para Víctimas de Delitos lo que la junta me haya asignado como compensación. Además, si presento una demanda en contra del acusado o de otra parte, acepto notificarlo de inmediato a la Junta de Compensación para Víctimas de Delitos. Asimismo, entiendo que cualquier restitución que reciba del agresor por gastos pagados por la Junta de Compensación para Víctimas de Delitos, los deberé reembolsar a la Junta de Compensación para Víctimas de Delitos.

Fecha en que se firmó

Firma de la víctima o del reclamante

Nombre de la víctima o del reclamante

SECCIÓN N: DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

Por este medio autorizo a cualquier hospital, médico, abogado, o cualquier persona que haya tratado o examinado a la víctima, el enterrador u otra persona que haya prestado servicios funerarios, cualquier empleador de la víctima, autoridad de policía, autoridad municipal o pública, la Administración de Seguro Social, el Departamento de Servicios Humanos, cualquier agencia con financiamiento federal, compañía de seguros o cualquier otra organización que tenga conocimiento de este reclamo, para que divulgue cualquier información relacionada con el incidente que ocasionó las lesiones personales o el fallecimiento de la víctima y el reclamo hecho por el presente ante la Junta de Compensación para Víctimas de Delitos de Oklahoma o ante el personal de la Oficina para Víctimas y Testigos del Fiscal de Distrito para recibir beneficios

Fecha en que se firmó

Firma de la víctima o del reclamante

Nombre de la víctima o del reclamante

SECCIÓN O: DE CONFORMIDAD CON LO QUE ESTABLECE LA LEY ESTATAL, DEBE SABER QUE:

La información con autorización para su divulgación puede incluir registros que puedan indicar la presencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles, que pueden incluir, entre otras, enfermedades como la hepatitis, sífilis, gonorrea y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), además de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Fecha en que se firmó

Firma de la víctima o del reclamante

Nombre de la víctima o del reclamante

**ESTE FORMULARIO DE RECLAMO DEBE IMPRIMIRSE
Y FIRMARSE, LUEGO DEBE ENVIARSE POR FAX, POR
CORREO ELECTRÓNICO O POR CORREO POSTAL.**

****NOTA PARA LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS****

La divulgación de la información cumple con los requisitos de HIPAA y no tiene fecha de vencimiento.