

(Desglosar por favor. Mantenga para sus constancias.) para uso oficial solamente _____

Junta de Indeminizacion de Danos de Delitos de Maryland
Suite 206, Plaza Office Center ♦ 6776 Reisterstown Road ♦ Baltimore, MD 21215-2340
410-585-3010 or 1-888-679-9347 fax 410-764-3815 www.dpscs.state.md.us/cicb

Solicitud para compensacion de una victima de delito

(Por favor escriba claramente en letra de imprenta en tinta azul/negra y llene el anverso y reverso)

Victima: _____ No. de Seguro Social _____
(nombre) (inicial) (apellido)

Direccion: _____
Ciudad y Estado: _____Codigo Postal: _____ Telefono: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masc. _____ Fem. _____

Reclamante: _____ No. de Seguro Social _____
(si victima es menor de edad o fallecida)

Direccion: _____
Ciudad y Estado: _____Codigo Postal: _____ Telefono: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masc. _____ Fem. _____ Parentesco con la Victima: _____

Fecha del delito: _____ Hora: _____ a.m./p.m.

Lugar del incidente: _____

Nombre de los culpables (si se conocen): _____ Parentesco con los culpables (si existe): _____

Breve descripcion del delito: _____

Fecha en que la policia fue informada del delito: _____ Hora: _____ a.m./p.m.

Si no se hizo el informe dentro de 2 dias, explicar por que: _____

Que departamento de policia?: _____ Reclamo No.: _____

Fue arrestado el culpable? Si/No _____ Ha sido emitida una orden de arresto? Si/No _____

Ha comenzado el enjuiciamiento del culpable? Si/No _____ Nombre de Juzgado: _____ Caso No.: _____

Resolucion en el caso: _____

Restitucion si la hay y monto pagado hasta la fecha: _____

Si se solicita por perdida de salarios: _____

Denominacion comercial del empleador _____ Telefono _____

Direccion _____ Ciudad/Estado/Codigo Postal _____

Tiempo perdido: De _____ Hasta _____

Recibio Ud. o recibe algun tipo de sosten? (licencia por enfermedad/vacaciones anuales, incapacidad, compensacion a trabajadores, etc.)? _____

Descripcion de las lesiones: _____

Nombres de hospitales, medicos, dentistas que dieron tratamiento (Send copies of all bills if available)

Nombre	Direccion	Ciudad/Estado/Codigo Postal
--------	-----------	-----------------------------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Para los casos de homicidio, incluya una copia del certificado de defuncion y cuentas detalladas de servicios funebres como asi tambien lo siguiente:

Nombre de funeraria _____ No. de telefono _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Total de gastos funerarios: _____ Cantidad pagada por reclamante: _____

Cantidad pagada por terceros: _____ Saldo debido a funeraria: _____

Recibio Ud. algun otro beneficio como resultado de la muerte de la victima? _____ Si/No _____

Si la contestacion es "si", describa: _____

Indicar si el reclamante/victima estaba cubierto(a) por cualquiera de los siguientes beneficios:

Seguro medico	Si/No	Aseguradora: _____ Poliza No. _____
Asist. medica/Medicare	Si/No	Cuenta No.: _____
Beneficios de Seguro Social	Si/No	
Seguro de vida	Si/No	Aseguradora _____
Otros	Si/No	Monto pagado a sobrevivientes (en su casa) _____

Perdida para el mantenimiento de un niño, adjuntar copia de la partida de nacimiento y si corresponde, extracto Beneficios de Sobreviviente de Seguro Social.

Nombre de Dependientes	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Tutor (si es menor)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Si se solicita por perdida de salarios: Recursos economicos disponibles para reclamante/victima (incluyendo conyuge)

Salarios/sueldos \$ _____
Rentas por trabajo a cuenta propia \$ _____
Manutencion ninos \$ _____
Otros \$ _____

Opcional:

La informacion siguiente acerca de la victima es usado unicamente para fines estadisticos. Se usa solo par cumplir con reglamentacion federal.

Raza: Blanca Negra Hispanica India Americana Isleno del Pacifico/Asiatico Otra
Nombre de pais de nacimiento _____

Quien lo refirio: Policia Fiscal Programa Asistencia a Victimas Hospital Abogado Pancarta/Panfleto
 Otro

Representacion por abogado: (de llenarse solo si hay representacion de abogado para este reclamo)

Nombre de abogado (apellido, nombre, inicial) _____ Numero de telefono y de FAX _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

El reclamante declara que no ha dado descargo o ha transigido con terceros que pudieran ser responsables por danos al reclamante basados en el incidente descrito en esta reclamacion. Si el reclamante llegara a recibir alguna adjudicacion de la Junta de Compensacion por Danos Criminales como resultado de esta peticion y luego llegara a recobrar danos o pagos de terceros, el reclamante se compromete a pagar a la mencionada Junta el monto de tal adjudicacion hasta el monto de tal pago.

El reclamante autoriza a cualquier proveedor de cuidados de salud, empleador, autoridades del orden publico, tribunales, companias de seguros, instituciones financieras, agencias del gobierno estatal o federal u otras entidades o personas que tuvieran informacion pertinente de comunicar esta informacion a la Junta de Compensacion para los fines de evaluar los meritos de esta reclamacion. El periodo de esta autorizacion se extendera hasta la finalizacion de todos los tramites de procesamiento y determinacion del reclamo, incluyendo apelaciones ante cualquier otra agencia o tribunal. El reclamante tambien se declara de acuerdo para que las estadisticas e informacion relacionadas con el reclamo pueden ser dadas a luz para fines de publicacion, procesamiento, como repuesta a cualquier entidad legislativa, ejecutiva o judicial estatales o federales dentro de las limitaciones impuestas por ley. El reclamante especificamente renuncia a cualquier necesidad de notificacion de cualquier peticion hecha a posibles fuentes de informacion.

El reclamante consiente al pago de cualquier adjudicacion por deudas surgidas como resultado de este reclamo y que los pagos correspondientes sean hechos directamente a los proveedores de cuidados de salud, empresas funerarias, o abogados, segun corresponda.

El (la) que suscribe declara formalmente bajo penalidades de perjurio, que la informacion y las declaraciones dadas en este reclamo son veraces y correctas a su mejor saber y entender.

Firma del reclamante _____ **Fecha** _____