

JUNTA DE COMPENSACIÓN POR LESIONES CRIMINALES/MARYLAND CRIMINAL INJURIES COMPENSATION BOARD (CICB)**SOLICITUD DE COMPENSACIÓN PARA VÍCTIMAS DE CRIMEN**

6776 Reisterstown Rd, Ste. 206, Baltimore, MD 21215 | Office: (410) 585-3010 | Fax: (410) 764-3815
 goccp.maryland.gov/victims/cicb

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA

Nombre de la Víctima:					Núm. de Seguro Social:
Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Fecha de Nacimiento: / /	Idioma Primario:	Estado Civil:	Núm. de Teléfono Seguro:	Correo Electrónico:
Dirección Actual:					Condado:

INFORMACIÓN ESTADÍSTICA DE LA VÍCTIMA (OPCIONAL)

Raza/Etnicidad:	País de Nacimiento, Si no es los Estados Unidos: _____				
<input type="checkbox"/> Hispánico o Latino	<input type="checkbox"/> Blanca, No-Latino/Caucásico	<input type="checkbox"/> Negra/Afro Americano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islands del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Razas Múltiples	<input type="checkbox"/> Otra Raza: _____				
¿Es usted un persona que vive con una discapacidad?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI, la discapacidad es: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> De Desarrollo					
¿Quién le refirió al la Junta de compensacion por lesiones criminales?: <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Oficina del Fiscal Estatal <input type="checkbox"/> Policía					
<input type="checkbox"/> Programa de servicios de víctimas <input type="checkbox"/> Cartel/folleto <input type="checkbox"/> Abogado <input type="checkbox"/> Otro: _____					

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

Nombre del Reclamante:			Relación:	Núm. de Seguro Social: *Pág 2	
Relación con la víctima (<i>Marque todos los que apliquen</i>): <input type="checkbox"/> Padre De Un Niño Menor <input type="checkbox"/> Guardián Legal de Víctima					
<input type="checkbox"/> Víctima Secundaria <input type="checkbox"/> La Persona Responsable de Los Costos Relacionados Con El Crimen <input type="checkbox"/> Otra: _____					
Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Fecha de Nacimiento / /	Idioma Primario:	Estado Civil:	Núm. de Teléfono Seguro:	Correo Electrónico:
Dirección Corriente:					Condado:

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DE CRIMEN

Fecha del Crimen: / /	Hora: : <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	Fecha Reportado a las Autoridades: / /	Hora: : <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
Lugar del crimen (<i>dirección, si la sabe</i>):			
Ciudad:	Condado:	Estado:	
Departamento de Policía:	Nombre del Detective:	Núm. de Teléfono:	Núm. del Reporte Policial
Información del Ofensor/Sospechoso (<i>Si el sospechar no tiene ninguna relación con la victima por favor ponga "N/A"</i>)			
Nombre: _____	Relación: _____	Núm. del Caso de la Corte: _____	Corte: _____
Nombre: _____	Relación: _____	Núm. del Caso de la Corte: _____	Corte: _____
Descripción del Crimen: (Si necesita mas espacio, escriba la informacion en una hoja adicional)			
¿Hay un vehículo o barco relacionado con el crimen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Ocurrió el crimen en su empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

SECCIÓN 4: GASTOS RECLAMADOS

Marque todo lo que corresponda para el tipo de ayuda financiera que usted está buscando. Por favor incluya con su aplicación los artículos necesarios.			
<input type="checkbox"/> MÉDICOS	<input type="checkbox"/> SALUD MENTAL	<input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE APOYO	<input type="checkbox"/> FÚNEBRES/ENTIERRO
<input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD	<input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE GANANCIAS	<input type="checkbox"/> LICENCIA DE DUELO	<input type="checkbox"/> LIMPIAR UNA ESCENA DEL CRIMEN
Fechas ausente de trabajo: ___/___/___ de ___/___/___ Empleador: _____			
Dirección: _____		Núm. de Teléfono: _____	

SECCIÓN 5: INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIOS FINANCIEROS**Por favor marque todos los beneficios relacionados con el crimen indicado anteriormente.**

SEGURO MEDICO PRIVADO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PENDIENTE	SEGURO DE VIDA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PENDIENTE
ASISTENCIA MEDICA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PENDIENTE	SEGURO DE AUTOMOVÍL O BARCO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PENDIENTE
MEDICARE	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PENDIENTE	PROPIETARIOS DE SEGUROS DE HOGAR	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PENDIENTE
SEGURO SOCIAL: INCAPADIAD	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PENDIENTE	CARIDAD O DONACIONES	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PENDIENTE
SEGURO SOCIAL: SOBREVIVIENTE	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PENDIENTE	RESTITUCIÓN ORDENADA DE LA CORTE	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PENDIENTE
COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PENDIENTE	JUICIO CIVIL	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PENDIENTE

SECCIÓN 6: AUTORIZACIONES Y ACUERDOS**REPRESENTACIÓN POR OTRAS**

Nombre del Representante: <input type="checkbox"/> Abogado <input type="checkbox"/> Defensor de Víctimas		Nombre de la Firma o Organización:	
Dirección:		Ciudad:	Estado: Código postal:
Número de teléfono:	Número de Fax:	Correo Electrónico:	

Mi firma abajo significa que los abogados y/o los defensores de servicios de la víctima enumerados arriba son mis representantes para los propósitos de esta demanda. Como tal, la Oficina de compensación por lesiones criminales de Maryland tiene mi permiso para compartir la información con, pida la información de, y discute a esta demanda con los abogados y/o los defensores de servicios de de la víctima enumerados arriba. También entiendo que si deseo revocar esta autorización, puedo hacer así por escrito, a la Junta de Compensación por Lesiones Criminales de Maryland (CICB) en cualquier momento.

Firma de reclamante

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE NUMERO DE SEGURO SOCIAL

*De Bajo la autorización la ley de la reforma de impuestos, Acto de reformatorio del año 1976, 42 U.S.C § 405 (c)(2)(C)(i), La agencia, Junta de Compensación por Lesiones Criminales (CICB), Es necesario que el reclamante de el número de Seguro Social para verificar los pagos de impuesto u otros debido al Estado de Maryland. El Número de Seguro Social es útil para verificar los costos médicos y beneficios, sueldo, si recibió beneficios del Seguro Social, el departamento de Compensación de trabajadores. Para que CICB puede resolver su reclamo mas rapido, su autorización es necesaria.

_____ Autorizo que CICB obtenga y use mi número de Seguro Social.

_____ No autorizo que CICB use mi número del Seguro Social fuera del uso para verificar el pago de impuestos al estado de Maryland o deudas debidas al departamento de impuestos del estado de Maryland.

AUTORIZACIÓN DE OBTENER INFORMACIÓN

Autorizo por este medio el lanzamiento de la información siguiente la Oficina de compensación de lesiones criminales de Maryland:

- Cualesquiera expediente fúnebre, o expediente de servicios relacionados, referente al crimen indicado en la demanda arriba.
- Cualquier verificación del empleo del patrón enumerado previamente po este uso.
- Cualquier cuenta médica, o declaración de los servicios proporcionados, referente al crimen indicado en la demanda arriba. OBSERVE POR FAVOR: La Oficina de compensación para lesiones criminales de Maryland no intentará obtener, u obtener, ningun informe médico relacionado con esta demanda sin expresa la notificación a usted de la petición y au autoritacion para recibir ese información.
- Cualquier expediente de la policía, o expediente de otra entidad gubernamental, incluyendo autoridades tributarias federales y estatales, referente al crimen indicado en la demanda arriba.
- Cualquier estado financiero de beneficios pagados ya a la víctima o al reclamante relacionados con el crimen indicado en la demanda.

También entiendo que si deseo revocar esta autorización, puedo hacerlo por escrito drigado a La Junta de Compensación por Lesiones Criminales de Maryland (CICB) en cualquier momento.

Firma de reclamante

Fecha

ACUERDO DEL RECONOCIMIENTO Y DEL REEMBOLSO

El reclamante entiende que la Oficina de compensación por lesiones criminales de Maryland (CICB) es el pagador del último recurso. Si se concede una compensación, el reclamante acuerda específicamente informar al CICB y compensar el estado de Maryland por cualquier fondo que el reclamante reciba de cualquier otra fuente que no se haya considerado ya. El reclamante acuerda compensar cualquier fondo que el reclamante reciba del delincuente, de cualquier otra persona o de fuente, incluyendo cualquier concesión por dolor y sufrir. Una concesión crea un embargo preventivo a favor del estado de Maryland.

También, el reclamante está de acuerdero con las condiciones y declaraciones hechas en esta aplicación, no tiene sentido. El reclamante puede asumir la responsabilidad de devolver fondos pagados por esta agencia CICB por parte de la víctima.

Firma de reclamante

Fecha



INSTRUCCIONES PARA INDEMNIZACIÓN A VÍCTIMAS DE CRÍMENES JUNTA DE COMPENSACIÓN POR LESIONES CRIMINALES EN MARYLAND (CICB)

6776 Reisterstown Rd, Ste. 206, Baltimore, MD 21215
Oficina: (410) 585-3010 ▪ Fax: (410) 764-3815 ▪ Email: cicb.info@maryland.gov
goccp.maryland.gov/victims/cicb

La Junta de Compensación por Lesiones Criminales de MD (CICB) es una agencia estatal diseñada para compensar a las víctimas de un crimen por las pérdidas sufridas. (Vea la lista de beneficios a continuación)

Instrucciones para la solicitud:

- Llene toda la solicitud de dos (2) páginas que se encuentra adjunta
- Escriba claramente o complete la solicitud por internet (vea la página web mencionada anteriormente para la aplicación)
- Firme las autorizaciones en la página 2. Pueden regresarle su solicitud si no está firmada
- Envíe la solicitud por correo, correo electrónico o en persona a la oficina de CICB

Requisitos de elegibilidad de CICB:

- El crimen debe haber sido denunciado a las autoridades dentro de 48 horas (se pueden aplicar excepciones)
- La solicitud debe presentarse dentro de los tres (3) años posteriores al delito (se pueden aplicar excepciones)
- El crimen debe haber ocurrido en el estado de Maryland (pueden haber excepciones por actos terroristas)
- Los reclamantes deben tener mínimo 18 años de edad (para menores de 18 años, los padres o tutores deben presentar la solicitud en su representación)
- La víctima debe haber sufrido lesiones físicas o psicológicas; pérdida financiera de más de \$100.00 como resultado del crimen
- **CICB no cubre:** pérdidas materiales, kilometraje recorrido, cambios de candados, reubicación, cuidado de niños, compensación por daño emocional o sufrimiento y todas las otras pérdidas que no se mencionen abajo
- **CICB es el último recurso de pago:** Se deben agotar todas las otras fuentes de indemnización antes de recurrir a CICB

Que puede causar que una solicitud 'no califique':

- La víctima contribuyó a sus lesiones, o la víctima inició, consintió, provocó o sin causa razonable no evitó la confrontación con el ofensor
- No puede reclamar compensación al reclamante si la víctima estaba participando en un crimen o acto delictivo cuando ocurrió la lesión y las acciones de la víctima provocaron directamente la lesión.
- Si la víctima no colabora con el departamento de policía o con CICB.
- Si la víctima no presenta los documentos requeridos para recibir indemnización de CICB.

Beneficios y documentación requerida: CICB requiere verificar todas las pérdidas. A continuación se encuentra una lista de beneficios y los documentos que se pueden requerir: **Se puede requerir otra documentación.**

- **Todos los reclamos:** El reporte de la policía o el número del reporte de policía. También se puede considerar un informe a las autoridades judiciales.
- **Gastos médicos u odontológicos:** Facturas detalladas; una nota de un doctor o documentación médica sobre la lesión relacionada al crimen y su tratamiento; plan de tratamiento y seguro médico. Si el reclamante no tiene seguro particular, CICB requiere que entregue su solicitud para Medicaid.
- **Asesoría Psicológica:** Carta de un terapeuta que documenta el tratamiento recibido en relación con el crimen; facturas detalladas; recibos, si usted pagó al proveedor.
- **Discapacidad o Pérdida de Sueldos:** Información del empleador; W-2 y/o talón de ingresos; carta de un médico que certifica la incapacidad para trabajar. Para discapacidad permanente se puede necesitar documentos adicionales.
- **Duelo:** Un padre, hijo o cónyuge de una víctima de homicidio puede recibir hasta dos semanas.
- **Funeral y/o Entierro:** Factura del funeral y/o entierro; acta de defunción; informe de seguro de vida.
- **Limpieza de la escena del crimen:** Factura detallada.
- **Pérdida de apoyo:** Dependiendo de la relación entre las partes, CICB puede requerir: prueba de cohabitación; empleo o contribución financiera para la manutención del demandante.