

SOLICITUD COMPENSACION DE VICTIMAS DE CRIMENES



ESTADO DE RHODE ISLAND **OFICINA DEL TESORERA GENERAL**
JAMES A. DIOSSA

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
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
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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de Salario | CASOS DE HOMICIDIOS |
| <input type="checkbox"/> Consulta Psicológica para la víctima | <input type="checkbox"/> Costos funerarios/entierros |
| <input type="checkbox"/> Gastos Médicos | <input type="checkbox"/> Limpieza Escena del Crimen |
| <input type="checkbox"/> Gastos Dentales | <input type="checkbox"/> Perdida de Apoyo Financiero |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de Salario para padres de víctimas menores | <input type="checkbox"/> Consulta Psicológica para Familiares |
| <input type="checkbox"/> Gastos de renta y mudanza | <input type="checkbox"/> Gastos de renta y mudanza |

Información de Seguro: Médico Medicaid/Medicare Compensación de trabajadores Carro Ninguno

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

Género: Masculino Femenino Otro **Incapacitado:** Si No **Edad:** 17-menor 18-63 64-mayor

Raza: Blanca Negro Indio Americano
 Hispano/Latino Asiático Otro

¿Quién lo refirió? Policía Oficina del Fiscal General Funeraria
 Hospital Agencia de Servicios de Víctimas 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

La Oficina del Tesorero General no discrimina por motivos de raza, color, religión, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, edad, origen nacional o discapacidad.

Firma

Fecha

Devuelva la Solicitud Completa a:
CRIME VICTIM COMPENSATION PROGRAM
Office of the General Treasurer
50 Service Avenue, 2nd Floor
Warwick, RI 02886
Phone 401-462-7655 Fax 401-462-7694
www.treasury.ri.gov