



## Solicitud de indemnización a las víctimas de delitos

**Gaudar** **Imprimir**  
**Correo electrónico** **Resetear**

### Sección 1: Datos de la víctima

Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:
Dirección postal:		
Ciudad:	Estado:	Ciudad:
Dirección de correo electrónico:		
Número de teléfono:	Celular o número de mensaje:	
Fecha de nacimiento:	Número de seguro social:	
Sexo: <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer	Estado civil: <input type="radio"/> Soltero/a <input type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Separado/a <input type="radio"/> Viudo/a	

COMPLETE LA SECCIÓN 2 SI USTED NO ES LA VÍCTIMA, PERO PRESENTA UNA SOLICITUD EN NOMBRE DE LA

### VÍCTIMA:

Fallecido  Incapacitado (presentar un poder notarial)  Menor de edad (deber ser el padre o tutor legal del niño)  Otro \_\_\_\_\_

### Sección 2: Datos del reclamante

Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:
Relación con la víctima: <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Padre <input type="radio"/> Herma <input type="radio"/> Hijo <input type="radio"/> Abuelo <input type="radio"/> Otro:		
Dirección postal:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección de correo electrónico:		
Número de teléfono:	Celular o número de mensaje:	
Fecha de nacimiento:	Número de seguro social:	

### Sección 3: Datos estadísticos de la víctima

*Solo con fines estadísticos. Esto es voluntario.*

#### Etnia/raza:

- Nativo de Alaska/ indio americano  Asiático  
 Nergo/ afroamericano  Hawaiano/ otro isleño del Pacífico  
 Hispano o latino  Múltiples razas  Blanco/ no latino  
 Otro: \_\_\_\_\_

#### Discapacidad:

- Sí  No  
 En caso afirmativo:  mental  física  
 de desarrollo  
 ¿Había alguna discapacidad antes del delito?  Sí  No

## Sección 4: Datos del delito

Fecha del delito:	Fecha en que se denunció el delito a las autoridades policiales:
Agencia policial:	Número del informe policial:
Ubicación del delito (ciudad o comunidad):	¿El delito ocurrió en el trabajo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Número de caso judicial (si el agresor ha sido acusado del delito):	
Nombre del agresor (si se conoce):	
Relación del agresor con la víctima (si existe):	¿Es un agresor juvenil? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se desconoce
Tipo de delito	
<input type="checkbox"/> Incendio provocado de primer grado	<input type="checkbox"/> Agresión
<input type="checkbox"/> Conducir bajo los efectos del alcohol (DUI/DWI)-(por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/> Abuso físico de menores
<input type="checkbox"/> Robo	<input type="checkbox"/> Abuso físico de menores
<input type="checkbox"/> Agresión vehicular	<input type="checkbox"/> Agresión sexual
	<input type="checkbox"/> Homicidio
	<input type="checkbox"/> Trata de personas
	<input type="checkbox"/> Amenazas de daño corporal
	<input type="checkbox"/> Otro: _____
	<input type="checkbox"/> Agresión doméstica
	<input type="checkbox"/> Secuestro

## Sección 5: Gastos

Seleccione el tipo(s) de ayuda relacionada con el delito que se solicita.

<input type="checkbox"/> Teléfono celular (dañado/ evidencia)	<input type="checkbox"/> Cuidado de niños	<input type="checkbox"/> Asesoramiento/ terapia	<input type="checkbox"/> Limpieza de la escena del crimen
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Funeral/ entierro	<input type="checkbox"/> Objetos tomados como evidencia	<input type="checkbox"/> Apoyo perdido (víctima fallecida)
<input type="checkbox"/> Salarios perdidos	<input type="checkbox"/> Asistencia médica	<input type="checkbox"/> Dispositivos/ equipo médico	<input type="checkbox"/> Reubicación
<input type="checkbox"/> Viajes/ transporte	<input type="checkbox"/> Ayuda con la sentencia del juicio	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Medidas de seguridad

**Registros de facturación:** Envíe facturas, estados de cuenta o recibos de pago por servicios de asesoramiento, odontología, médico u otros servicios para los cuales está solicitando el pago. Si los registros de facturación no están disponibles, adjunte una hoja separada con el nombre del proveedor (es), teléfono o correo electrónico y fecha(s) de servicio o intervalo de fechas (ej. 01/08/2023-30/09/2023).

**Solicitud de emergencia:**  Sí  No

La ayuda de emergencia puede estar disponible si parece que se producirán dificultades indebidas si no se efectúa un pago inmediato. La ayuda de emergencia no puede superar los 5,000 dólares y está sujeta a criterios de elegibilidad.

Asesoramiento  Funeral  Pérdida de salarios  Reubicación  Seguridad  Otro: \_\_\_\_\_

## Sección 6: Datos adicionales del dependiente

Complete esta sección si está solicitando una indemnización por un niño menor de edad o un adulto incapacitado que no es la víctima directa. Usted debe ser el padre o tutor legal de cualquier dependiente(s) que se enumera a continuación. *Ejemplo: Solicitar asesoramiento para el hermano de la víctima.*

Nombre del dependiente	Fecha de nacimiento	Gasto(s) solicitado(s)


## Sección 7: Datos salariales

¿Está solicitando salarios perdidos no pagados?

Sí  No

¿Ha perdido o perderá más de dos semanas de trabajo?

Sí  No

*Si trabaja por cuenta propia, presente una copia de su declaración de impuestos del año anterior a la fecha del delito o el año antes de que no pudiera trabajar.*

Empleado (persona que solicita prestaciones por pérdida de salario):

Empleador:

Dirección del empleador:

Persona de contacto:

Teléfono o correo electrónico:

¿Podemos contactar al empleador para obtener información sobre los salarios?  Sí  No

## Sección 8: Información de seguros y otras fuentes colaterales

El consejo de indemnización por delitos violentos puede indemnizar los gastos no cubiertos por el seguro u otras fuentes. Los proveedores deben facturar primero el seguro primario u otra(s) fuente(s) de pago.

Seguro de salud| Número de empresa y póliza: \_\_\_\_\_

Medicaid  Medicare  Denali Kidcare  Servicios de salud para indígenas  Asuntos de los veteranos

Seguro de automóvil (para delitos que involucran un vehículo a motor, si es aplicable):

Asistencia pública o general  Programa de seguridad social  Indemnización por desempleo

Compensación de trabajadores  Seguro de casa/ arrendatario  Otro: \_\_\_\_\_

**Ninguno.** No hay seguro u otra(s) fuente(s) de pago disponible.

## Sección 9: Datos del representante

Programa de ayuda a víctimas u otro representante

¿Cómo se enteró de este programa?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Centro de defensa de niño    | <input type="checkbox"/> Consejero/ terapeuta         | <input type="checkbox"/> Familia/amigo          |
| <input type="checkbox"/> Feneraria                    | <input type="checkbox"/> Proveedor de atención médica | <input type="checkbox"/> Cumplimiento de la ley |
| <input type="checkbox"/> Paralegal/ fiscal            | <input type="checkbox"/> Póster/ folleto              | <input type="checkbox"/> Sitio web              |
| <input type="checkbox"/> Programa de ayuda a víctimas | <input type="checkbox"/> Otro: _____                  |   |

Ayuda legal

¿Tiene un abogado que le represente?

Sí  No

En caso afirmativo, su abogado le está representando en:

- Una reclamación o demanda por daños personales
- Tanto la reclamación de la víctima del delito como la reclamación por lesiones personales

Abogadoley Firma: \_\_\_\_\_

Si un defensor, proveedor de servicios o abogado le ayudó con esta solicitud, complete lo siguiente:

Nombre: \_\_\_\_\_ Organización: \_\_\_\_\_

## Sección 10: Información adicional

Idioma preferido (si no es inglés):

Contacto preferido:

Correo  Teléfono  Correo electrónico

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN Y ACUERDO PARA EL REEMBOLSO

La víctima o tutor legal deben firmar este formulario para que tenga validez.

### Autorización para divulgar información confidencial

Por la presente autorizo a cualquier proveedor de atención médica, médico, proveedor de salud conductual, trabajador social, consejero de rehabilitación, director funerario u otra persona que proporcione servicios; cualquier empleador; cualquier organismo de aplicación de la ley u otro organismo gubernamental, incluidos los servicios estatales y federales; cualquier y todas las compañías de seguros o cualquier otro organismo que tenga conocimiento necesario para la determinación de la elegibilidad de esta reclamación para las prestaciones a proporcionar al Consejo de indemnización por delitos violentos del estado de Alaska o sus representantes cualquier y toda la información, incluyendo, pero no limitado a documentos generados por ellos mismos y otros, específicamente relacionados con esta reclamación. Esta autorización también aplica a todas las fuentes de recuperación por las pérdidas reclamadas, incluyendo, pero no limitado a las prestaciones de salud, prestaciones de desempleo o discapacidad, prestaciones del seguro social y prestaciones para veteranos. También autorizo la publicación de información fiscal federal, incluyendo declaraciones de impuestos para verificar los ingresos. Puede ser necesaria otra información para determinar si las condiciones están relacionadas con el delito. Entiendo que esto puede incluir los resultados de las pruebas del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, alcohol, droga y tratamiento psiquiátrico. Por la presente, renuncio a todos los privilegios legales a cualquiera de esta información requerida para la determinación de la elegibilidad de esta reclamación.

Estoy de acuerdo en que una fotocopia o fax de este formulario firmado es tan válida como el original y mi firma autoriza la publicación de toda la información especificada. Estoy de acuerdo en que esta divulgación de información es **válida por dos (2) años** a partir de la fecha de mi firma y que puedo cancelar esta divulgación escribiendo al VCCB en cualquier momento, excepto que, si alguna información ya ha sido recibida y utilizada, no está sujeta a cancelación. Entiendo que toda la información necesaria para el uso en la aplicación de la ley, el enjuiciamiento, o la recaudación de la restitución puede ser divulgada a las autoridades de libertad condicional, libertad vigilada y aplicación de la ley o fiscalía.

La información de salud protegida utilizada o divulgada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a redivulgación y ya no puede ser protegida por HIPAA (por sus siglas en inglés) u otras reglas de confidencialidad. Si la PHI (por sus siglas en inglés) relacionada con la investigación se utiliza o divulga para fines de investigación continua, no se aplica una fecha de vencimiento ni un evento. El tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para las prestaciones no pueden estar condicionadas a la obtención de una autorización. Entiendo que la información será utilizada para determinar las prestaciones de indemnización, y que solo la información necesaria para decidir las prestaciones de indemnización será solicitada por el programa de indemnización.

### Acuerdo de reembolso

Entiendo que, si recibo cualquier recuperación por mis pérdidas a través de la restitución impuesta por el tribunal o demanda civil contra el agresor, cualquier acuerdo de seguro, o dinero de cualquier gobierno o agencia privada, reembolsaré al Consejo de indemnización por delitos violentos del estado de Alaska cualquier indemnización pagada en virtud de esta reclamación.

### Declaración

Entiendo y acepto que, si se proporciona información falsa, engañosa o intencionalmente incompleta, mi solicitud de indemnización puede ser negada y puedo estar sujeto a una sanción penal, de acuerdo con el Estatuto de Alaska 18.67.150.

**Nombre impreso**

**Firma**

**Fecha**

This general and special authorization to disclose was developed to comply with the provisions regarding disclosure of medical, educational, and other information under P.L. 104-191 ("HIPAA"); 45 CFR Parts 160 and 164 and Alaska Statute 18.67.

### **Solo para uso de oficina REGISTROS QUE DEBEN DIVULGARSE**

Nombre:

SSN (por sus siglas en inglés) (Número de seguro social):

Fecha de nacimiento:

Autorización a:



## Solicitud de reclamación e instrucciones

---

### ¿Cómo solicitar una indemnización?

#### ¿Quién puede solicitar una indemnización?

Las víctimas inocentes de delitos, ciertos miembros de la familia, dependientes, tutores legales y buenos samaritanos elegibles pueden solicitar al Consejo de indemnización por delitos violentos (VCCB) una indemnización por gastos de bolsillo no cubiertos por el seguro u otras fuentes.

#### ¿Con qué tipo de gastos puedo ser indemnizado?

VCCB proporciona ayuda financiera para ciertos gastos relacionados con el delito.

Los gastos específicos que el VCCB puede cubrir incluyen:

- Teléfono celular (dañado o tomado como evidencia)
- Cuidado de niños
- Asesoramiento/terapia
- Limpieza de la escena del crimen
- Dental/médico
- Funeral/entierro
- Objetos tomados como evidencia
- Apoyo perdido (víctima fallecida)
- Salarios perdidos
- Reubicación
- Medidas de seguridad
- Viajes/transporte
- Asistencia al juicio/sentencia

#### ¿Cuáles son los requisitos de elegibilidad?

*Pueden aplicarse excepciones razonables.*

- El delito ocurrió en Alaska.
- El delito resultó en lesiones personales (incluyendo trauma emocional o muerte).
- El delito fue denunciado a la policía en un plazo de 5 días.
- La víctima cooperó con la policía y la fiscalía.
- Los gastos solicitados están directamente relacionados con el delito.
- La solicitud se presenta dentro de los 2 años siguientes al delito o descubrimiento del delito.
- El comportamiento de la víctima no contribuyó a la lesión o muerte.

#### ¿Y si me mudo?

Es importante actualizar su información con nuestra oficina si cambia su dirección, número de teléfono o correo electrónico.

#### ¿Quién puede firmar la solicitud?

Generalmente, la víctima debe firmar el reclamo. Sin embargo, si la víctima es menor de 18 años o es física o mentalmente incapaz de firmar, entonces el tutor legal debe completar la sección 2 de la solicitud y firmar la solicitud. Si la víctima muere, la persona que solicita las prestaciones debe completar la sección 2 de la solicitud y firmar la solicitud.

#### ¿Cómo puedo presentar la solicitud?

Puede enviar la solicitud por correo, correo electrónico, o por fax.

#### ¿Necesito incluir alguna otra documentación con la solicitud?

Incluya cualquier documentación que tenga disponible, como una copia del informe policial, facturas, recibos u otra información relacionada con el delito. Si usted no tiene ninguna de esta documentación, no es necesario esperar para presentar la solicitud. La información se puede enviar a nuestra oficina cuando esté disponible.

#### ¿Hay otra forma de presentar una solicitud?

Sí. Visite <https://vccb.alaska.gov> para acceder al portal de aplicación web segura para presentar una solicitud en línea.