

Cómo pedir una compensación

¿Quién puede pedir una compensación?

Las víctimas inocentes de delitos, algunos parientes, los dependientes, los tutores legales y los buenos samaritanos elegibles pueden presentar una solicitud a la Oficina de Servicios para Víctimas (OVS) para recibir una compensación por los gastos de bolsillo que no cubran el seguro ni otros recursos.

¿Por qué tipo de gastos puedo recibir una compensación?

La OVS ofrece una compensación relacionada con las lesiones personales, la muerte y la pérdida de bienes personales esenciales.

Los gastos específicos que la OVS puede cubrir incluyen:

- gastos médicos, de farmacia y de consejería;
- pérdida de bienes personales esenciales (*hasta \$500, incluyendo \$100 en efectivo*);
- gastos de entierro o funeral (*hasta \$6,000*);
- pérdida de salarios o manutención (*hasta \$30,000*) (*Los padres o tutores de menores hospitalizados pueden ser elegibles para recibir este beneficio*);
- transporte (judicial/médico);
- rehabilitación ocupacional/vocacional;
- gastos de dispositivos de seguridad y albergues para víctimas de violencia doméstica;
- limpieza de la escena del crimen (*hasta \$2,500*);
- pérdida de bienes del buen samaritano (*hasta \$5,000*);
- gastos de mudanza (*hasta \$2,500*).

¿Cómo solicito una compensación?

Envíenos su solicitud de la OVS completa y copias de:

- reportes policiales;
- facturas médicas;
- correspondencia con las compañías de seguros o con el plan de beneficios que indique si cubrirán su pérdida;
- tarjetas del seguro;
- recibos de los bienes personales esenciales;
- certificado de defunción y contrato del funeral;
- certificado de nacimiento de la víctima;
- prueba de edad (licencia de conducir, certificado de nacimiento, etc.);
- documentos de tutela legal.

¿Qué pasa si no tengo algunos de los documentos que la OVS requiere?

Envíe su solicitud de inmediato. Puede enviar el resto de los documentos más adelante.

¿Qué pasa si mis bienes se perdieron, se dañaron o se destruyeron debido al delito?

Si es menor de 18 años, mayor de 60 años, discapacitado o sufrió una lesión, puede solicitar beneficios para reemplazar sus bienes personales *esenciales* o el dinero que no cubrió ningún otro recurso.

Esencial significa necesario para su salud y su bienestar, como anteojos y ropa.

¿Qué pasa si me mudo?

Envíe una carta firmada a la OVS de inmediato. Infórmenos de su dirección y su número de teléfono nuevos. También avísenos si cambia su dirección de correo electrónico.

¿Quién puede firmar el reclamo?

Normalmente, la víctima debe firmar el reclamo. Sin embargo, si la víctima es menor de 18 años o no tiene la capacidad física o mental para firmar, el tutor legal (la persona que recibe los beneficios) debe completar la sección 2 del reclamo y firmarlo.

Si la víctima murió, la persona que solicita los beneficios debe completar la sección 2 del reclamo y firmarlo.

¿Hay otra manera de presentar la solicitud?

Sí. Visite ovs.ny.gov para acceder al Portal de servicios para víctimas (VSP) y presentar una solicitud en línea.

¿Tengo que completar el formulario de la HIPAA adjunto?

Sí. Complete un formulario de la HIPAA para *cada* proveedor de servicios. Puede fotocopiar un formulario en blanco para hacer más copias.

80 S. Swan Street
Albany, NY 12210-8002
(518) 457-8727

ovs.ny.gov

55 Hanson Place
Brooklyn, NY 11217-1523
(718) 923-4325

800-247-8035

Información sobre la restitución ordenada por un tribunal

¿Qué es una restitución?

La restitución es la compensación que el perpetrador de un delito penal le paga a la víctima por las pérdidas o las lesiones producto de ese delito. El tribunal debe ordenarla en el momento de la sentencia, y se considera parte de la misma.

La restitución **NO** incluye el pago de daños por pérdidas, angustia mental ni “dolor y sufrimiento” futuros.

Cuando el fiscal de distrito (DA) informa al tribunal que usted solicitó la restitución o cuando la declaración sobre el impacto en la víctima que se incluye en el reporte de investigación para libertad condicional (reporte previo a la sentencia, a la declaración de culpabilidad o a la disposición) indica que la víctima solicita la restitución, el tribunal debe ordenar la restitución, a menos que, por el bien de la justicia, se dicte lo contrario. Cuando el juez no ordena la restitución, debe indicar con claridad sus motivos en el expediente.

¿Qué puedo solicitar como restitución?

Puede solicitar cualquier gasto en que incurra como resultado del delito penal, incluso el de artículos que quizá la OVS no pueda reembolsar. La restitución puede incluir, entre otros, el reembolso de facturas médicas, gastos de consejería, la pérdida de ganancias, gastos de funeral, deducibles del seguro y el reemplazo de bienes robados o dañados.

¿Quién tiene derecho a recibir una restitución?

Cualquier persona que haya sido víctima de un delito penal y que haya sufrido lesiones, pérdidas económicas o daños puede solicitar una restitución. Muchas veces, las víctimas que merecen recibir una restitución no la piden. Eso puede suceder porque las víctimas no saben que tienen derecho a una restitución o no saben qué pasos deben seguir para recibir la restitución que merecen.

¿Cómo solicito una restitución?

Debe comunicarse con la oficina del DA e informar la gravedad de su lesión, sus pérdidas de gastos de bolsillo y el monto por daños que está solicitando.

Tiene que darles a la policía, al DA y, a pedido, al Departamento de Libertad Condicional local copias de las facturas y otros documentos que indiquen la gravedad de sus lesiones, sus pérdidas de gastos de bolsillo y el monto por daños que quiere que el tribunal considere. Su solicitud de restitución se incluirá en cualquier reporte de investigación para libertad condicional (reporte previo a la sentencia, a la declaración de culpabilidad o a la disposición). Asegúrese de:

- Llevar los registros adecuados, como los recibos originales de cualquier gasto que tenga como resultado directo del delito penal.
- Darles copias de esos recibos a la policía, al DA y al Departamento de Libertad Condicional local.

Debe explicar con claridad su necesidad de restitución lo antes posible al DA, al defensor de la víctima/del testigo y al Departamento de Libertad Condicional. Los convenios declaratorios pueden hacerse unos días después del delito penal real. Si esta información no se brinda antes del convenio declaratorio y de la sentencia, es posible que deba demandar al perpetrador en un tribunal civil.

El DA tiene la obligación de solicitarle al tribunal que ordene la restitución en su nombre.

En todos los casos de delitos graves, la mayoría de los casos de delitos menores y todos los casos de delincuencia juvenil y personas que necesitan supervisión (PINS), se requiere un reporte de investigación previo a la sentencia o a la disposición. El Departamento de Libertad Condicional local se comunicará con usted para hablar de la restitución relacionada con su caso.

¿Cómo se determina la restitución?

El monto de la restitución se basa en las pruebas de las pérdidas de gastos de bolsillo en que haya incurrido como resultado del delito. El perpetrador tiene derecho a oponerse al monto de la restitución. El tribunal puede hacer una audiencia sobre la restitución para considerar la capacidad de pago del perpetrador. Es posible que la oficina del DA se comunique con usted y le pida que testifique en la audiencia de restitución. Si le preocupa comparecer personalmente ante el tribunal, debe buscar alternativas con el DA asignado a su caso.

Si la OVS ha pagado sus facturas, el tribunal puede ordenar que los pagos de la restitución se hagan a la OVS por los artículos pagados. Es importante que informe a la oficina del DA de que presentó un reclamo a la OVS.

Si presentó un reclamo a la OVS, es importante que informe a la OVS si el tribunal ordena que el perpetrador pague la restitución.

Leer
Cómo enviar una
solicitud de
compensación antes
de Completar
este formulario.

Solicitud de compensación

Oficina de Servicios para Víctimas del Estado de Nueva York



Escribir en letra de molde. Responder todas las preguntas.
¡Presentar un reclamo falso es un delito!

Para uso exclusivo del Programa de Ayuda para Víctimas

| | | |
|---|------------------------------|--|
| N.º de identificación del VAP de la OVS | Nombre/Teléfono del programa | Nombre/Correo electrónico del defensor |
|---|------------------------------|--|

1. Dé información sobre la víctima.

| | | | | | |
|--|---------------------------|----------------------------|--|----------------------------|---------------|
| Apellido | Primer nombre: | Inicial del segundo nombre | N.º de Seguro Social <input type="checkbox"/> Marque aquí si no tiene uno | Fecha de nacimiento | |
| Dirección Postal: | | | | | |
| Calle | N.º de apto. (o P.O. Box) | Ciudad: | Condado: | Estado (o país extranjero) | Código postal |
| Raza/origen étnico: <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> negro <input type="checkbox"/> hispano <input type="checkbox"/> indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> asiática india <input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> japonés <input type="checkbox"/> filipino <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> de bangladés <input type="checkbox"/> pakistaní <input type="checkbox"/> guameño <input type="checkbox"/> chamorro <input type="checkbox"/> samoano <input type="checkbox"/> nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> multi raza | | | | | |
| Estado civil: <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viudo <input type="checkbox"/> vive con su pareja | | | | | |
| Género: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar | | | | | |
| ¿La víctima estaba discapacitada en el momento del delito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe | | | | | |

¿Cómo se enteró sobre la Oficina de Servicios para Víctimas?

policía hospital fiscal de distrito programa de asistencia a víctimas radio/TV folleto/rótulo internet otro

2. Si no es la víctima y está firmando este reclamo, es el reclamante. Dé información sobre usted.

(Consulte "¿Quién puede firmar el reclamo?" en la página de instrucciones)

| | | | | | |
|-------------------|-----------------------|----------------------------|--|----------------------------|---------------|
| Apellido | Primer nombre | Inicial del segundo nombre | N.º de Seguro Social <input type="checkbox"/> Marque aquí si no tiene uno | Fecha de nacimiento | |
| Dirección Postal: | | | | | |
| Calle | Apto N.º (o P.O. Box) | Ciudad | Condado | Estado (o país extranjero) | Código postal |

¿Qué relación tiene con la víctima? (Marque **solo** una)

Padre/madre Cónyuge Hijo Tutor Abogado Otro (explicar) _____

3. Dé información sobre el delito. (Marcar **solo** una opción)

La víctima murió a causa de:

- Automóvil (DUI/DWI)
- Automóvil (otro)
- Terrorismo
- Incendio provocado
- Trata de personas
- Otro homicidio

La víctima se lesionó a causa de:

- Agresión
- Agresión sexual
- Abuso físico infantil/descuido
- Abuso sexual infantil
- Automóvil (DUI/DWI)
- Automóvil (no DUI/DWI)
- Pornografía infantil
- Acoso
- Secuestro
- Terrorismo
- Incendio provocado
- Robo
- Trata de personas

Otros (especifique): _____

La víctima perdió bienes personales esenciales a causa de:

- Robo
- Automóvil (DUI/DWI)
- Automóvil (no DUI/DWI)
- Trata de personas
- Robo (sin lesiones)
- Incendio provocado
- Daños a la propiedad ajena
- Fraude/delito financiero

Otros (especifique): _____

¿Dónde sucedió el delito? (Marcar **solo** una opción) Trabajo Residencia propia Apartamento. Edificio Vía pública
 Metro/autobús Estacionamiento Restaurante/Bar Escuela/terreno escolar Centro comercial Otro (explicar): _____

¿Estaba este delito relacionado con la violencia doméstica?..... Sí No No se sabe

¿Estaba este delito relacionado con el acoso?..... Sí No No se sabe

¿Estaba este delito relacionado con el abuso/descuido de adultos mayores?..... Sí No No se sabe

¿Fue un delito motivado por el odio?..... Sí No No se sabe

¿Estaba la víctima conduciendo un auto de alquiler cuando sucedió el delito?..... Sí No No se sabe

¿Se perdieron o dañaron los bienes de la víctima mientras se intentaba evitar o detener un delito contra otra persona o mientras se ayudaba a las autoridades a detener un delito?..... Sí No

Policía o agencia de justicia penal

N.º de reporte del delito: _____ **a la que se reportó:** _____

Condado donde sucedió el delito: _____ Fecha del delito: _____ Fecha en que el delito se reportó: _____

Si hay una diferencia de más de 7 días entre la fecha del delito y la fecha en que se reportó, explique el motivo: _____

Si hay una diferencia de 1 año entre la fecha del delito y la fecha en que presenta este reclamo, explique el motivo: _____

Describa el delito con sus propias palabras: _____

4. Dé información sobre el sospechoso. Nombre del sospechoso (si lo sabe): _____

- ¿Han arrestado al sospechoso por este delito? Sí No
- ¿Han procesado al sospechoso por este delito? Sí No Todavía no
- ¿Vive el sospechoso en la misma casa que la víctima o es el sospechoso un familiar de la víctima? Sí No
- ¿Ha emitido el tribunal una orden de protección para este caso? Sí No (Si respondió "Sí", adjunte una copia)
- ¿Le ha pedido el DA al tribunal que ordene la restitución? Sí No Todavía no
- ¿Ordenó el tribunal que el sospechoso pagara una restitución? Sí (Monto en \$ _____) No Todavía no

NOTA: Si es elegible para recibir una compensación, es posible que la OVS le reembolse los gastos que se mencionan abajo. Estos gastos también deben pedirse como parte de la restitución ordenada por el tribunal. Se anima a los solicitantes a compartir esta información con los fiscales si hay un caso penal. Consulte la página Información sobre la restitución ordenada por el tribunal para obtener información importante sobre la restitución.

5. Dé información sobre sus gastos relacionados con este delito. (Marque todo lo que corresponda).

- Gastos médicos/ambulancia
- Pérdida de apoyo (Solo para reclamo por muerte)
- Pérdida de salario
- Transporte personal
- Limpieza de la escena del delito
- Formación profesional/rehabilitación
- Refugio de DV
- Gastos médicos/Consejería
- Dispositivo/sistema de seguridad
- Funeral/entierro
- Mudanza/almacenaje
- Tribunal
- Consejería
- Bienes personales esenciales
- Pérdida de ahorros
- Otros (especifique): _____

6. Mencione todos los bienes personales esenciales, como dinero en efectivo, anteojos o ropa, que deben reemplazarse debido a este delito. (Si no hay ninguno, pase a la sección 7).

| | | | |
|---------------------------------|-------|---------------------------------|-------|
| Describa lo que se perdió/dañó: | Costo | Describa lo que se perdió/dañó: | Costo |
| 1. | \$ | 4. | \$ |
| 2. | \$ | 5. | \$ |
| 3. | \$ | 6. | \$ |

| | | |
|---|-----------------------------------|-----------|
| Compañía de seguros del propietario/inquilino | N.º de identificación o de póliza | Deducible |
| | | \$ |
| Compañía de seguro de automóvil/otro bien | N.º de identificación o de póliza | Deducible |
| | | \$ |

-- Si no hubo lesiones y solo está solicitando beneficios por los bienes personales esenciales, pase a la sección 15. —

7. Dé información sobre el empleo y el seguro de la víctima o del padre o de la madre por la pérdida de salarios. Si no quiere que nos comuniquemos con su empleador, no puede solicitar que le reembolsen la pérdida de salarios (pase a la sección 8).

- ¿Trabajaba la víctima/el padre/la madre de la víctima menor de edad hospitalizada cuando sucedió el delito? Sí No (Si respondió "No", pase a la sección 8)
- ¿Faltó la víctima/el padre/la madre de la víctima menor de edad hospitalizada al trabajo por el delito? Sí No
- ¿Era la víctima/el padre/la madre trabajador autónomo? Sí No (Si respondió "Sí", adjunte copias de la declaración de impuestos del año pasado y todos los anexos)

Nombre, dirección y n.º de teléfono del empleador:

_____ ()
 Empleador Calle Ciudad Estado Código postal N.º de teléfono

Nombre, dirección y n.º de teléfono de otro empleador:

_____ ()
 Empleador Calle Ciudad Estado Código postal N.º de teléfono

Nombre, dirección y n.º de teléfono del médico que certificó que la víctima no podía ir a trabajar:

()
 Médico Calle Ciudad Estado Código postal N.º de teléfono

Dé información sobre cualquier compañía de seguros que cubrirá el tiempo perdido en el trabajo de la víctima. (Si no hay ninguna, escriba "Ninguna" abajo y pase a la sección 8).

| | N.º de identificación o de póliza, o "Ninguna" | | N.º de identificación o de póliza, o "Ninguna" |
|----------------------------|--|---|--|
| 1. Seguro por desempleo | | 5. Compensación de trabajadores | |
| 2. Seguro por discapacidad | | 6. Otro seguro | |
| 3. Plan de pensión | | 7. Beneficios del Seguro Social (SSN obligatorio) | SSN ____-____-____ |
| 4. Otro seguro | | 8. Beneficios de la SSI (SSN obligatorio) | SSN ____-____-____ |

8. Si la víctima murió, complete la sección de abajo si hay gastos de entierro. (Si no es el caso, pase a la sección 9).
 Además, adjunte una copia del contrato con la funeraria, otras facturas de los gastos de entierro y una fotocopia del certificado de defunción, si los tiene.

Nombre de la funeraria: _____ N.º de teléfono: () _____

Dirección: _____
 Calle Ciudad Estado Código postal

9. Si la víctima sufrió lesiones o murió por este delito, complete la sección de abajo:

Describa brevemente las lesiones de la víctima: _____

¿Recibió la víctima algún tratamiento médico? Sí No (Si respondió **No**, pase a la sección 10)

Dé información sobre los profesionales médicos que trataron a la víctima por las lesiones relacionadas con este delito:

| | Nombre completo | Dirección completa | Teléfono |
|--------------------------------------|-----------------|--------------------|-----------|
| Primer hospital | _____ | _____ | () _____ |
| Otro hospital | _____ | _____ | () _____ |
| Primer médico (no en el hospital) | _____ | _____ | () _____ |
| Otro médico | _____ | _____ | () _____ |
| Primer dentista | _____ | _____ | () _____ |
| Consejero de la víctima | _____ | _____ | () _____ |

10. Dé información sobre los dependientes de la víctima u otras personas que recibían manutención de la víctima.
 (Si no hay ninguno, pase a la sección 11).

| | | | | |
|------------------|-----------|--|---------------------|--|
| Dependiente | Nombre | N.º de Seguro Social ____-____-____ | Fecha de nacimiento | Relación con la víctima |
| | Dirección | | | ¿Es usted el tutor legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Otro dependiente | Nombre | N.º de Seguro Social ____-____-____ | Fecha de nacimiento | Relación con la víctima |
| | Dirección | | | ¿Es usted el tutor legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Otro dependiente | Nombre | N.º de Seguro Social ____-____-____ | Fecha de nacimiento | Relación con la víctima |
| | Dirección | | | ¿Es usted el tutor legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Si son más de 3 dependientes, adjunte otra hoja y marque aquí:

11. ¿Recibió otra persona, además de la víctima, consejería por este delito? (Si no es el caso, pase a la sección 12).

| | | | |
|--|-------------------------|---|-----------------------------------|
| ¿Quién recibió consejería? | Relación con la víctima | Compañía de seguros a la que se facturó por la consejería | N.º de identificación o de póliza |
| Nombre, dirección y n.º de teléfono del consejero: | | | |
| ¿Quién más recibió consejería? | Relación con la víctima | Compañía de seguros a la que se facturó por la consejería | N.º de identificación o de póliza |
| Nombre, dirección y n.º de teléfono del consejero: | | | |

Si más de 2 personas recibieron consejería por este delito, marque aquí y adjunte otra hoja para describirlas:

12. Mencione cualquier seguro que cubra a la víctima o a los dependientes de la víctima. Si no hay ningún seguro, escriba "Ninguno" abajo. Si ha presentado la solicitud, pero aún no está cubierto, escriba "Pendiente" debajo de N.º de identificación o de póliza.

| | N.º de identificación o de póliza | Nombre de las personas cubiertas por este seguro: |
|--|-----------------------------------|---|
| Compañía de seguros principal | | |
| Compañía de seguro médico principal | | |
| Otro seguro (sindicato, dental, de la vista, etc.) | | |
| Medicare | | |
| Medicaid | | |
| Compensación de trabajadores | | |
| Seguro de automóvil | | |
| Otro seguro | | |

13. Si la víctima murió, dé información sobre cualquier seguro de vida o beneficio por muerte. (Si la víctima no murió o no tiene ningún seguro de vida ni beneficio por muerte, pase a la sección 14).

| | Nombre de la compañía | Dirección | N.º de teléfono | N.º de identificación o de póliza |
|------------------------------|-----------------------|-----------|-----------------|-----------------------------------|
| Seguro de vida | _____ | _____ | () _____ | _____ |
| Plan de pensión | _____ | _____ | () _____ | _____ |
| Otro seguro/plan | _____ | _____ | () _____ | _____ |
| Medicaid | _____ | _____ | () _____ | _____ |
| Compensación de trabajadores | _____ | _____ | () _____ | _____ |

Si hay otro seguro o beneficio por muerte, menciónelo aquí: _____

¿Cubre alguna de estas pólizas los gastos de entierro de la víctima? Sí No

¿Ha solicitado alguna persona los beneficios por muerte del Seguro Social? Sí No

14. Dé información sobre su situación financiera. DEBE completar TODAS las secciones de abajo. Si no hay ninguna, escriba "Cero" (0).

¿Cuántos dependientes tiene? _____

¿Cuáles son sus ingresos anuales totales (de TODAS las fuentes)? Si no está seguro, dé un cálculo aproximado:

\$ _____

Mencione abajo TODOS sus activos y TODAS sus deudas. Si no está seguro, dé un cálculo aproximado. Adjunte más páginas si es necesario.

| Sus activos: si no tiene ninguno, escriba "Cero" (0). | | Sus deudas: ¿Cuánto debe actualmente? | |
|---|----------|---------------------------------------|--|
| Ahorros, acciones y bonos | \$ _____ | | Si no tiene ninguno, escriba "Cero" (0). |
| Propiedades (casa, etc.) | \$ _____ | Hipoteca | \$ _____ |
| Ganancias del seguro de vida | \$ _____ | Préstamos | \$ _____ |

15. ¿Lo representa un abogado privado (que no sea el DA)? Sí No

Si respondió "Sí":

Nombre del abogado Dirección N.º de teléfono ()

16. Autorización para hablar con un representante

Si quiere dar permiso a un familiar, un amigo u otra persona para que hable con la OVS sobre su reclamo, escríbalo aquí:

Nombre de la persona Dirección N.º de teléfono ()

17. Autorización de la víctima/el reclamante

RECONOZCO que aceptar una remuneración de la Oficina de Servicios para Víctimas (OVS) genera un gravamen a favor del Estado de Nueva York sobre cualquier recuperación relacionada con el delito en que se basa este reclamo, incluyendo cualquier sentencia, acuerdo o pago de una orden de restitución. Además, autorizo a cualquier director de funeraria, abogado, empleador, policía u otra autoridad pública, compañía de seguros o cualquier persona que haya prestado servicios a los que se mencionan arriba, o que tenga conocimiento de estos, para que le dé a la OVS o a sus representantes la siguiente información: Expedientes de la Compensación de los trabajadores, información relacionada con el delito o cualquier lesión o muerte que se haya producido como resultado del delito, e información relacionada con este reclamo. Si se da una remuneración, autorizo a la OVS para que haga los pagos directamente al proveedor de servicios. También autorizo a la OVS a compartir mi información y los expedientes compilados para este reclamo con el Programa de Asistencia a las Víctimas (VAP) local mencionados en esta solicitud o con cualquier entidad gubernamental local establecida en el estado de Nueva York para ayudar a las víctimas de delitos con el fin de que el VAP o la entidad gubernamental local ayuden a la OVS a procesar mi reclamo y a tomar su determinación. Si se mencionó un abogado privado arriba, también autorizo a la OVS para que comparta mi información y mi expediente compilado para este reclamo con el abogado para que actúe como mi representante. Entiendo que será necesario otro aviso de comparecencia de mi abogado, además de esta autorización. Si se mencionó un familiar, un amigo u otra persona arriba, autorizo a la OVS para que comparta mi información y mi expediente compilado para este reclamo con esa persona para que me ayude con este.

Una fotocopia de esta autorización se considerará de igual validez que la original.

▶ _____ ()
Firma del reclamante Fecha N.º de teléfono de contacto durante el día

Correo electrónico: _____

Idioma que prefiere hablar: inglés español chino
 árabe criollo haitiano italiano coreano ruso yidis
 bengalí francés urdu
 Otros _____

Necesita intérprete: Sí No

Para procesar su reclamo, envíenos los siguientes documentos por correo. (Conserve una copia en su expediente).

- Todas las facturas y los recibos de los servicios mencionados en este formulario.
- Su formulario de reclamo completado y firmado
- Un formulario de la HIPAA completado para cada proveedor de servicios que se mencione en este formulario (puede fotocopiar el formulario de la HIPAA).
- Cartas de cualquier aseguradora donde se autoriza o se rechaza el pago de los servicios mencionados en este formulario.

Recuerde: Debe facturar a su compañía de seguros o plan de beneficios **antes** de que la OVS pueda pagar.

Envíe sus documentos por correo a: New York State Office of Victim Services
AE Smith Building
80 S. Swan Street
Albany, NY 12210-8002



AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA SEGÚN LA HIPPA
[El Departamento de Salud del Estado de Nueva York aprobó este formulario]

| | | |
|------------------------|---------------------|--------------------------------------|
| Nombre del paciente | Fecha de nacimiento | Número de Seguro Social XXX-XX-__ |
| Dirección del paciente | | |

Yo, o mi representante autorizado, pedimos que la información médica sobre mi atención y mi tratamiento se revele según se establece en este formulario:

- Según la ley del Estado de Nueva York y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPPA) de 1996, entiendo que:
- Esta autorización puede incluir la revelación de información relacionada con el **TRATAMIENTO PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL y DROGAS, y DE SALUD MENTAL**, excepto las notas de psicoterapia, e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH*** solo si pongo mis iniciales en la línea correspondiente del punto 9(a). Si la información médica descrita abajo incluye alguno de estos tipos de información, y pongo mis iniciales en la línea de la casilla del punto 9(a), autorizo específicamente la revelación de esa información a las personas que se mencionan en el punto 8
 - Si autorizo la revelación de información relacionada con el VIH, el tratamiento para el consumo de alcohol o de drogas, o de salud mental, el destinatario tiene prohibido volver a revelar esa información sin mi autorización, a menos que la ley federal o estatal lo permita. Entiendo que tengo derecho a pedir una lista de las personas que pueden recibir o usar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si sufro discriminación debido a la revelación de la información relacionada con el VIH, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al (212) 480-2493 o a la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.
 - Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo al proveedor de atención médica que se menciona abajo. Entiendo que puedo revocar esta autorización, excepto en la medida en que ya se haya actuado según la misma.
 - Entiendo que firmar esta autorización es voluntario. Mi tratamiento, mi pago y mi inscripción en un plan médico o mi elegibilidad para recibir beneficios no se verán condicionados por la autorización de esta revelación.
 - El destinatario puede volver a revelar la información que se revele según esta autorización (excepto según lo que se mencionó arriba en el punto 2), y lo que se vuelva a revelar ya no estará protegido por la ley federal ni estatal.
 - ESTA AUTORIZACIÓN NO LO AUTORIZA A HABLAR DE MI INFORMACIÓN MÉDICA NI DE MI ATENCIÓN MÉDICA CON NINGUNA PERSONA QUE NO SEA EL ABOGADO O LA AGENCIA DEL GOBIERNO QUE SE ESPECIFICA EN EL PUNTO 9(b).**

| | |
|--|---|
| 7. Nombre y dirección del proveedor médico o de la entidad a la que se revelará esta información: | |
| 8. Nombre y dirección de las personas, o la categoría de persona, a quienes se enviará esta información: OFICINA DE SERVICIOS PARA VÍCTIMAS DEL ESTADO DE NUEVA YORK: AE SMITH BLDG., 80 S. SWAN ST., ALBANY, NY 12210-8002 | |
| 9(a). Información específica que se revelará: <input type="checkbox"/> Expediente médico: del (escribir fecha) _____ al (escribir fecha) _____ <input type="checkbox"/> Expediente médico completo, incluyendo historias médicas, notas del consultorio (excepto las notas de psicoterapia), resultados de pruebas, estudios de radiología, radiografías, remisiones, consultas, registros de facturación, registros del seguro, y registros que le envíen otros proveedores de atención médica. <input type="checkbox"/> Otro: _____ <div style="text-align: right;">Incluye: (indique poniendo sus iniciales) _____ Tratamiento para consumo de alcohol/drogas _____ Información de salud mental _____ Información relacionada con el VIH</div> | |
| Autorización para hablar de información médica (b) <input type="checkbox"/> Poniendo mis iniciales aquí _____, autorizo a _____ Iniciales Nombre del proveedor de atención médica individual a que hable de mi información médica con mi abogado o con la agencia del gobierno que se menciona aquí: OFICINA DE SERVICIOS PARA VÍCTIMAS DEL ESTADO DE NUEVA YORK _____ (Nombre del abogado/despacho o nombre de la agencia del gobierno) | |
| 10. Motivo de la revelación de información: <i>Si lo pide una persona, con fines de establecer la elegibilidad para recibir los beneficios de la Oficina de Servicios para Víctimas del Estado de Nueva York.</i> | 11. Fecha o evento en que vencerá esta autorización: <i>Esta autorización vencerá cuando termine la elegibilidad de la persona para los beneficios de la Oficina de Servicios para Víctimas.</i> |
| 12. Si no es el paciente, indique el nombre de la persona que firma este formulario: | 13. Autoridad para firmar en nombre del paciente: |

Se completaron todos los incisos de este formulario y se respondieron mis preguntas sobre este formulario. Además, me han dado una copia del formulario.

Fecha: _____

Firma del paciente o del representante autorizado por la ley.

* **Virus de la inmunodeficiencia humana que causa el sida. La Ley de salud pública del estado de Nueva York (New York State Public Health Law) protege la información que puede razonablemente identificar a una persona con síntomas o infección del VIH y la información sobre los contactos de una persona.**