

## Cómo solicitar una indemnización

### ¿Quiénes pueden solicitar una indemnización?

Las víctimas inocentes de crímenes, algunos familiares, dependientes, tutores legales y Buenos Samaritanos elegibles pueden solicitar ante la Oficina de Servicios para Víctimas (Office of Victim Services, OVS) una indemnización por los gastos por cuenta propia que el seguro u otros recursos no cubrieron.

### ¿Por qué tipo de gastos puedo recibir indemnización?

La OVS ofrece indemnización por motivos de lesiones personales, muerte y pérdida de bienes muebles esenciales.

Los gastos específicos que la OVS puede cubrir incluyen:

- Gastos médicos, farmacéuticos y de asesoría.
- Pérdida de bienes muebles esenciales (*hasta \$500, incluido \$100 en efectivo*).
- Gastos funerarios (*hasta \$6.000*).
- Salarios perdidos o financiamientos perdidos (*hasta \$30.000*).  
(*Los padres o tutores legales de menores de edad hospitalizados pueden ser elegibles para este beneficio*).
- Transporte (para asistir al tribunal o a citas médicas).
- Rehabilitación ocupacional y vocacional.
- Gastos por dispositivos de seguridad y por refugios contra la violencia doméstica
- Limpieza de la escena del crimen (*hasta \$2.500*).
- Pérdidas de propiedad de buen samaritano (*hasta \$5.000*).
- Gastos de mudanza (*hasta \$2.500*).

### ¿Cómo solicito una indemnización?

Envíenos su solicitud de la OVS completa junto con las copias de:

- Informes policiales.
- Facturas médicas.
- Correspondencia con las compañías aseguradoras o planes de beneficios indicando si cubrirán su pérdida.
- Tarjetas de seguro.
- Facturas de los bienes muebles esenciales.
- Acta de defunción y contrato funerario.
- Certificado de nacimiento de la víctima.
- Comprobante de edad (licencia de conducir, certificado de nacimiento, etc.).
- Documentos sobre la tutoría legal.

### ¿Qué debo hacer si no tengo alguno de los documentos que la OVS exige?

Envíe su solicitud inmediatamente y puede enviar los otros documentos después.

### ¿Qué debo hacer si mi propiedad se perdió, se vio afectada o destruida debido al crimen?

Si es menor de 18 años, tiene 60 años o más, tiene alguna discapacidad o se lesionó, puede solicitar los beneficios para reemplazar sus bienes muebles esenciales o el dinero que ningún otro recurso cubrió.

*Con esencial nos referimos a necesarios para su salud y bienestar, como anteojos y prendas de vestir.*

### ¿Qué debo hacer si me mudo?

Envíe a la OVS una carta firmada inmediatamente. Indíquenos su nueva dirección y número de teléfono. Además, infórmenos si cambia su dirección de correo electrónico.

### ¿Quién puede firmar el reclamo?

Por lo general, la víctima debe firmar el reclamo. Sin embargo, si la víctima es menor de 18 años o es mental o físicamente incapaz de firmar, el tutor legal (la persona que recibe los beneficios) debe llenar la sección 2 del reclamo y luego firmarlo.

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

### ¿Existe otra forma de realizar la solicitud?

Sí, puede visitar [ovs.ny.gov](http://ovs.ny.gov) para acceder de manera segura al Portal de Servicios para Víctimas (Victim Service Portal, VSP) y presentar su solicitud en línea.

### ¿Debo llenar el formulario HIPAA adjunto?

Sí. Llene un formulario de la Ley de transferencia y responsabilidad de los seguros médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) para **cada** proveedor de servicio. Puede fotocopiar un formulario en blanco para llenar los formularios adicionales.

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

[ovs.ny.gov](http://ovs.ny.gov)

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

800-247-8035

## Información de Reintegración Ordenada por el Tribunal

### ***¿Qué es una reintegración?***

Una reintegración es una compensación que se paga a la víctima por parte del autor de un acto delictivo, por las pérdidas o lesiones sufridas como consecuencia de dicho acto delictivo. Debe ser dictada por el Tribunal al momento de la sentencia y se considera como parte de la misma.

Una reintegración **NO** se realiza por pago de daños por pérdidas futuras, sufrimiento psicológico ni “dolor o padecimiento”.

Cuando el despacho del fiscal (District Attorney, DA) le informa al Tribunal que usted ha solicitado una reintegración, o cuando la declaración de la parte damnificada incluida en el informe de investigación de libertad condicional (previo a la sentencia, previo al alegato o previo al informe de decisión) indica que la víctima solicita reintegración, el Tribunal debe imponer la reintegración, a menos que los intereses de la justicia ordenen lo contrario. Cuando el juez no imponga la reintegración, debe exponer claramente sus motivos en el expediente.

### ***¿Qué puedo solicitar como reintegración?***

Puede solicitarla por cualquier gasto en el que incurra como consecuencia del acto delictivo, incluso por artículos que el Departamento de Servicios para las Víctimas (Office of Victim Services, OVS) quizás no pueda restituir. La reintegración puede incluir, entre otros, restitución de facturas médicas, gastos de asesoría, pérdida de ganancias, gastos funerarios, deducibles de la cobertura médica y la sustitución de bienes robados o dañados.

### ***¿Quién tiene derecho a una reintegración?***

Cualquier persona que haya sido víctima de un acto delictivo y que haya sufrido lesiones, pérdidas económicas o perjuicios puede solicitar una reintegración. En muchas ocasiones, las víctimas que merecen una reintegración no la solicitan. Esto puede suceder porque las víctimas no saben que tienen derecho a recibir una reintegración, o no conocen el procedimiento a seguir para recibir la reintegración que merecen.

### ***¿Cómo solicito una reintegración?***

Debe comunicarse con el despacho del DA e informar sobre la magnitud de su lesión, sus pérdidas de gastos corrientes y el monto de los perjuicios que está solicitando.

**Es su responsabilidad** entregarle a la policía, al DA y, previa solicitud, al departamento local de libertad condicional, copias de las facturas y demás documentos que muestren la magnitud de sus lesiones, sus pérdidas de gastos corrientes y el monto de los perjuicios que usted desea poner a consideración del Tribunal. Su solicitud de reintegración se incluirá en cualquier informe de investigación de libertad condicional (previo a la sentencia, previo al alegato o previo al informe de decisión).

Asegúrese de:

- Conservar documentos precisos, como recibos originales de cualquier gasto que tenga como consecuencia directa del acto delictivo.
- Entregar copias de estos recibos a la policía, al DA y al departamento local de libertad condicional.

Debe explicar claramente su necesidad de reintegración lo antes posible al DA, al defensor de víctimas y testigos, así como al departamento de libertad condicional. Se puede realizar convenios declaratorios a pocos días del acto delictivo real. Si no se suministra esta información antes del convenio declaratorio y de la sentencia, usted puede entablar acciones contra el autor ante el Tribunal Civil.

El DA tiene la obligación de solicitarle al Tribunal que imponga la reintegración en su nombre.

En todos los casos penales por delito, muchos casos penales de delitos menores y en todos los casos de delincuencia juvenil y de personas que necesitan supervisión (Persons In Need Of Supervision, PINS), se exige un informe de investigación previa a la sentencia o previa a la decisión. El departamento local de libertad condicional se comunicará con usted sobre el asunto de la reintegración en lo que respecta a su caso.

### ***¿Cómo se establece la reintegración?***

El monto de la reintegración se establece en función de las pruebas de sus pérdidas de gastos corrientes sufridas como consecuencia del acto delictivo. El autor tiene derecho a objetar el monto de la reintegración. El Tribunal puede celebrar una audiencia sobre el asunto de la reintegración, en la que el Tribunal puede someter a consideración la capacidad del autor para pagar. El despacho del DA puede comunicarse con usted y pedirle que testifique en la audiencia de reintegración. Si le preocupa comparecer en persona ante el Tribunal, puede evaluar alternativas con el DA asignado a su caso.

Si la OVS ha pagado sus facturas, el Tribunal puede dictar que los pagos de reintegración se hagan a la OVS por dichos artículos pagados. Es fundamental que le informe al despacho del DA que usted presentó un reclamo ante la OVS.

Si usted presentó un reclamo ante la OVS, es fundamental que le informe a la OVS si el Tribunal le impone al autor que pague la reintegración.

Lea  
Cómo solicitar  
compensación antes de  
diligenciar este  
formulario

# Solicitud de compensación

## Oficina de servicios a las víctimas del estado de Nueva York

Por favor escriba. Responda todas las preguntas. ¡Es un delito presentar una declaración falsa!



Por favor escriba la información solicitada en el formulario de "idioma inglés" en el espacio proporcionado para las respuestas

### Para uso exclusivo del programa de asistencia de víctimas

# DE ID OVS VAP	Nombre del programa/teléfono	Nombre del abogado/correo electrónico
-----------------	------------------------------	---------------------------------------

### 1 Háblenos sobre la víctima

Apellido	Nombre (primer nombre):	Segundo nombre	# de Seguro Social <input type="checkbox"/> Señale acá si no tiene uno. ____-____-____	Fecha de nacimiento
Dirección postal:				
Calle _____ Apto. # (o apartado de correos) _____ Ciudad _____ Condado _____ Estado (o país extranjero) _____ Código postal _____				
Raza/identidad étnica <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático/nativo de la Polinesia <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo de América del Norte/Alaska <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No lo sé				
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Vive con la pareja				
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> ¿Estaba la víctima incapacitada al momento del delito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé				

#### ¿Cómo se enteró acerca de la Oficina de servicios a las víctimas?

Policía  Hospital  Fiscal de distrito  Programa de asistencia a las víctimas  Radio/TV  Folleto/afiche  Internet  Otro

### 2 Si usted no es la víctima y está firmando esta declaración, usted es el reclamante. Háblenos de usted.

(Consulte la sección "¿Quién puede firmar la declaración?" en la página de instrucciones.)

Apellido	Nombre (primer nombre):	Segundo nombre	# de Seguro Social <input type="checkbox"/> Señale acá si no tiene uno. ____-____-____	Fecha de nacimiento
Dirección postal:				
Calle _____ Apto. # (o apartado de correos) _____ Ciudad _____ Condado _____ Estado (o país extranjero) _____ Código postal _____				

¿Cuál es su relación con la víctima? (Señale **únicamente** una opción.)

Padre o madre  Cónyuge  Hijo o hija  Tutor legal  Abogado  Otro (explique): \_\_\_\_\_

### 3 Háblenos sobre el delito (Señale **únicamente** una opción.)

#### La víctima murió por causa de:

- Vehículo motorizado (DWI, conductor ebrio)
- Vehículo motorizado (otro)
- Terrorismo
- Incendio provocado
- Trata de personas
- Otro (homicidio): \_\_\_\_\_

#### La víctima resultó herida por causa de:

- Asalto  Acoso
- Abuso sexual  Secuestro
- Abuso físico a un menor  Terrorismo
- Abuso sexual a un menor  Incendio provocado  Robo
- Vehículo motorizado (DWI, conductor ebrio)  Robo
- Vehículo motorizado (no DWI)
- Trata de personas
- Otro (explique): \_\_\_\_\_

#### La víctima perdió propiedad personal esencial por causa de:

- Asalto/robo/latrocinio  Incendio provocado
- Vehículo motorizado (DWI, conductor ebrio)  Delito contra la propiedad
- Vehículo motorizado (no DWI)
- Trata de personas
- Otro (explique): \_\_\_\_\_

¿En dónde sucedió este delito? (Señale **únicamente** una opción.)  Trabajo  Residencia propia  Edificio de Apto.  Calle pública

Metro/autobús  Estacionamiento  Restaurante/bar  Escuela/terrenos de la escuela  Centro comercial

Otro (explique): \_\_\_\_\_

¿Fue éste un delito de violencia doméstica?  Sí  No  No lo sé

¿La víctima conducía un taxi cuando el delito se llevó a cabo? .....  Sí  No  No lo sé

Con respecto a la propiedad de la víctima, ¿se perdió o dañó mientras trataba de prevenir o detener un delito contra alguien más o mientras ayudaba a las autoridades a detener el delito?.....  Sí  No

Reporte de delito #: \_\_\_\_\_ La policía o la justicia penal le reportaron a: \_\_\_\_\_

Condado en el que sucedió el delito: \_\_\_\_\_ Fecha del delito: \_\_\_\_\_ Fecha en que se reportó el delito: \_\_\_\_\_

Si han pasado más de 7 días entre la fecha del delito y la fecha en que éste se reporto, explique el porqué: \_\_\_\_\_

Si ha pasado más de 1 año entre la fecha del delito y la fecha en que está presentando esta declaración, explique el porqué: \_\_\_\_\_

Describa el delito con sus propias palabras: \_\_\_\_\_

**4 Háblenos sobre el sospechoso** Nombre del sospechoso (*si lo sabe*): \_\_\_\_\_

- ¿El sospechoso ha sido arrestado por este delito? .....  Sí  No
- ¿El sospechoso ha sido procesado por este delito? .....  Sí  No  Aún no
- ¿Vive el sospechoso en la misma residencia de la víctima O el sospechoso es un miembro de la familia de la víctima?  Sí  No
- ¿Ha emitido el tribunal una orden de protección en este caso? .....  Sí  No (*Si la respuesta es "Sí", adjunte una copia.*)
- ¿Ha pedido el fiscal que el tribunal ordene una indemnización? .....  Sí  No  Aún no
- ¿El tribunal le ordenó al sospechoso pagar una indemnización? .....  Sí (*Monto \$ \_\_\_\_\_*)  No  Aún no

**NOTA** - Si usted resulta elegible para una compensación, la OVS podrá reembolsarle los gastos enumerados a continuación. Estos artículos deben ser solicitados como parte de una indemnización ordenada por un juez. Se aconseja que los solicitantes compartan esta información con los fiscales si hay un proceso penal. Consulte la página de información acerca de las indemnizaciones ordenadas por un tribunal para obtener información importante acerca de las indemnizaciones.

**5 Háblenos sobre los gastos en los que ha incurrido en relación con este delito** (*Señale todos los que correspondan.*)

- Médicos/ambulancia  Pérdida de apoyo  Salarios perdidos  Transporte personal
- Limpieza de la escena del delito (Únicamente para declaraciones de muerte)  Albergue DV  Médicos
- Aparato/sistema de seguridad  Vocacional/rehabilitación  Mudanza/depósito  Asesoramiento
- Tribunal  Funeral/sepelio  Propiedad personal esencial
- Otro (*explique*): \_\_\_\_\_

**6 Enumere toda propiedad personal esencial, como dinero en efectivo, gafas o prendas de vestir que deban ser reemplazadas por causa de este delito.** (*Si no hay nada, pase a la sección 7.*)

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

Propietario/compañía de seguros del arrendatario	# de la póliza o ID	Deducible \$ .....
Compañía de seguros del automóvil/otro	# de la póliza o ID	Deducible \$ .....

— Si no hubo heridas y usted sólo pide beneficios de propiedad personal esencial, pase al número 15. —

**7 Háblenos sobre el empleo y el seguro con respecto a salarios perdidos por parte de la víctima o de los padres de la víctima.**

**Si no quiere que nosotros contactemos a su empleador, usted no podrá obtener un reembolso por salarios perdidos.** (*Pase a la sección 8.*)

¿Estaba la víctima (o el padre o madre de la víctima, si es un menor) empleada en el momento en que sucedió el delito?  Sí  No  
(*Si la respuesta es "No", pase a la sección 8.*)

¿La víctima (o el padre o madre de la víctima, si es un menor) no pudo ir al trabajo por causa del delito?  Sí  No

¿Era la víctima (o el padre o la madre) un trabajador independiente?  Sí  No (*Si la respuesta es "Sí", anexe copias de la declaración de renta del año pasado y todos los horarios.*)

Nombre del empleador, dirección y teléfono:

\_\_\_\_\_  
Empleador Dirección Ciudad Estado Código postal Teléfono

Nombre de otro empleador, dirección y teléfono:

\_\_\_\_\_  
Empleador Dirección Ciudad Estado Código postal Teléfono

Nombre, dirección y teléfono del médico que certificó que la víctima no podía asistir al trabajo:

\_\_\_\_\_  
Empleador Dirección Ciudad Estado Código postal Teléfono

Háblenos sobre cualquier compañía de seguros que cubrirá el tiempo perdido de la víctima en el trabajo. (Si no hay ninguna, escriba "Ninguna" abajo y siga al número 8.)

# de póliza o ID o "Ninguna"		# de póliza o ID o "Ninguna"	
1. Seguro de desempleo		5. Compensación del trabajador	
2. Seguro de discapacidad		6. Otro seguro	
3. Plan de pensión		7. Beneficios del Seguro Social (se requiere un número de seguro social)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL - - - - -
4. Otro seguro		8. Beneficios del SSI (se requiere un número de seguro social)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL - - - - -

**8 Si la víctima murió, diligencie la información necesaria de los gastos del sepelio.** (Si no, pase a la sección 9.)  
Además, anexe una copia del contrato con la funeraria y otros gastos del sepelio, así como una fotocopia del certificado de defunción, si cuenta con ellos.

Nombre de la funeraria \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

**9 Si la víctima resultó herida o murió por causa de este delito, diligencie esta sección.**

Brevemente, describa las heridas de la víctima: \_\_\_\_\_

¿La víctima recibió algún tratamiento médico?  Sí  No (Si la respuesta es No, pase a la sección 10.)

Háblenos sobre los profesionales de la salud que atendieron a la víctima por las heridas relacionadas con este delito:

	Nombre completo	Dirección completa	Teléfono:
Primer hospital	_____	_____	(____) _____
Otro hospital	_____	_____	(____) _____
Primer médico (no en el hospital)	_____	_____	(____) _____
Otro médico	_____	_____	(____) _____
Primer dentista	_____	_____	(____) _____
Asesor de la víctima	_____	_____	(____) _____

**10 Háblenos sobre los dependientes de la víctima u otros que dependan del apoyo de la víctima.** (Si no hay nadie, pase a la sección 11.)

Dependiente	Nombre	# 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	# 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	# 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 hay más de tres dependientes, anexe una hoja separada y señale aquí:

**11 Además de la víctima, ¿alguien más recibió asesoramiento por causa de este delito?** (Si no, pase a la sección 12.)

¿Quién recibió el asesoramiento?	Relación con la víctima	Compañía de seguros a la que se cobró por el asesoramiento	# de la póliza o ID
Nombre del asesor, dirección y teléfono:			
¿Quién más recibió asesoramiento?	Relación con la víctima	Compañía de seguros a la que se cobró por el asesoramiento	# de la póliza o ID
Nombre del asesor, dirección y teléfono:			

Si más de 2 personas recibieron asesoramiento por causa de este delito, señale aquí y anexe una hoja separada para describir.

**12 Enumere cualquier seguro que cubra a la víctima o a los dependientes de la víctima. Si no hay seguro, escriba "Ninguno" abajo. Si usted ha hecho la aplicación pero todavía no hay cobertura, escriba "Pendiente" bajo el # de póliza o ID.**  
# de la póliza o ID Nombre de la(s) persona(s) cubiertas por este seguro:

Compañía de seguros principal		
Compañía de seguros de gastos médicos mayores		
Otro seguro (sindicato, dental, visión, etc.)		
Medicare		
Medicaid		
Compensación del trabajador		
Seguro de vehículo		
Otro seguro		

**13 Si la víctima murió, hablemos sobre cualquier seguro de vida o cobertura adicional por muerte.**

(Si la víctima no murió, o no tiene ningún seguro de vida o cobertura adicional por muerte, siga a la sección 14.)

	Nombre de la compañía	Dirección:	Teléfono:	# de la póliza o de Id.
Seguro de vida	_____	_____	( ) _____	_____
Plan de pensión	_____	_____	( ) _____	_____
Otro seguro/plan	_____	_____	( ) _____	_____
Medicaid	_____	_____	( ) _____	_____
Compensación del trabajador	_____	_____	( ) _____	_____

Si hay otro seguro o cobertura adicional o complementaria por muerte, enumere aquí: \_\_\_\_\_

¿Alguna de estas pólizas cubre los gastos de sepelio de la víctima?  Sí  No

¿Alguien ha solicitado la cobertura de muerte del Seguro Social?  Sí  No

**14 Háblenos de su situación financiera. Usted DEBE completar TODAS las secciones que siguen. Si no tiene nada, escriba cero (0)**

¿Cuántos dependientes tiene usted? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su ingreso total anual (de TODAS las fuentes)? Si no está seguro, estime: \$ \_\_\_\_\_

Enumere TODOS sus activos y TODAS sus deudas. Si no está seguro, estime. Use páginas adicionales si las necesita.

Sus activos –si no tiene, escriba cero (0)		Sus deudas –¿Cuánto debe a día de hoy?	
Ahorros, acciones, bonos	\$ _____		<b>Si no tiene, escriba cero (0)</b>
Propiedad inmobiliaria (casa, etc.)	\$ _____	Hipoteca	\$ _____
Recaudación del seguro de vida	\$ _____	Préstamos	\$ _____

**15 ¿Hay algún abogado (no un DA) representándolo/la?**  Sí  No

Si la respuesta es "Sí":  Declaración OVS  Demanda Civil  Ambos

( )

---

Nombre del abogado	Dirección	Teléfono
--------------------	-----------	----------

**16 Autorización para hablar con un representante:**

Si le gustaría conceder permiso a un miembro de su familia, amigo u otra persona para que hable con OVS con respecto a su declaración, proporcione su información:

( )

---

Nombre de la persona	Dirección	Teléfono
----------------------	-----------	----------





**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD CONFORME A HIPAA**  
**[Este formulario ha sido aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York]**

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

Yo, o mi representante autorizado, solicitamos que la información de salud a propósito de mi cuidado y tratamiento sea divulgada según lo establecido en este formulario:

De acuerdo con la Ley estatal de Nueva York y la Ley de privacidad de la Ley de responsabilidad y portabilidad del seguro médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés), entiendo que:

- Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con **TRATAMIENTO DE ALCOHOL, ABUSO DE DROGAS y SALUD MENTAL**, exceptuando las notas de psicoterapia, e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON VIH\*** sólo si escribo mis iniciales en la línea apropiada del artículo 9(a). En el caso que la información de salud descrita más adelante en este documento incluya cualesquiera de estos tipos de información, y yo escriba mis iniciales en la línea que sigue al casillero del artículo 9(a), con esto estoy autorizando específicamente la divulgación de tal información a la(s) persona(s) indicadas en el artículo 8.
- Si autorizo la divulgación de información de tratamiento relacionado con VIH, alcohol o drogas, o salud mental, el destinatario tiene prohibido redivulgar tal información sin mi autorización a menos que las leyes estatales o federales se lo permitan. Entiendo que tengo el derecho de solicitar una lista de personas que pueden recibir o usar la información relacionada con mi VIH sin autorización. Si soy víctima de discriminación por la divulgación de información relacionada con VIH, puedo contactar a la División de Derechos Humanos del estado de Nueva York llamando al (212) 480-2493 o a la Comisión de Derechos Humanos de la ciudad de Nueva York al (212) 306-7450. Estas agencias son las responsables de proteger mis derechos.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento escribiéndole al proveedor de cuidados de la salud mencionado más adelante en este documento. Entiendo que puedo revocar esta autorización excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basadas en esta autorización.
- Entiendo que firmar esta autorización es un acto voluntario. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud, o mi elegibilidad para recibir beneficios no serán condicionadas por mi autorización a esta divulgación.
- La información divulgada bajo esta autorización puede ser redivulgada por el destinatario (con las excepciones descritas en el artículo 2 de este documento), y puede que esta redivulgación ya no esté protegida por las leyes estatales o federales.
- ESTA AUTORIZACIÓN NO LO AUTORIZA A USTED A HABLAR SOBRE MI INFORMACIÓN DE SALUD O CUIDADO MÉDICO CON NADIE MÁS QUE CON EL ABOGADO O CON LA AGENCIA GUBERNAMENTAL ESPECIFICADA EN EL ARTÍCULO 9 (b).**

7. Nombre y dirección del proveedor de cuidados de la salud o entidad a la que se le divulgará esta información:

8. Nombre y dirección de la(s) persona(s) o categoría de persona a la que se le(s) enviará esta información:  
**NYS OFFICE OF VICTIM SERVICES – AE SMITH BLDG. 80 S. SWAN ST., ALBANY, NY 12210-8002**

9(a). Información específica a ser divulgada:

Historial médico de (inserte fecha) \_\_\_\_\_ a (coloque la fecha) \_\_\_\_\_

Historial médico completo, incluye historia de los pacientes, notas (exceptuando las de psicoterapia), resultados de las pruebas, estudios de radiología, radiografías, derivaciones, consultas, registros de facturación, registros del seguro y registros enviados a usted por otros proveedores de cuidados de la salud.

Otro: \_\_\_\_\_

Incluya: (indique al fijar sus iniciales)  
 \_\_\_\_\_ **Tratamiento por alcohol/drogas**  
 \_\_\_\_\_ **Información de salud mental**  
 \_\_\_\_\_ **Información relacionada con el VIH**

**Autorización para hablar sobre información de la salud**

(b)  Al escribir mis iniciales aquí \_\_\_\_\_ Autorizo \_\_\_\_\_

Iniciales \_\_\_\_\_ Nombre del proveedor de cuidados de la salud individual \_\_\_\_\_

a hablar sobre mi información de salud con mi abogado o con una agencia gubernamental enumerada aquí:  
**OFICINA DE SERVICIOS A LAS VÍCTIMAS DEL ESTADO DE NUEVA YORK**  
 (Abogado/nombre de la firma o nombre de la agencia gubernamental)

10. Motivos para la divulgación de la información: <i>A pedido del individuo, con el propósito de establecer la elegibilidad de beneficios de parte de la Oficina de servicios a las víctimas del estado de Nueva York.</i>	11. Fecha o evento en que esta autorización expirará: <i>Esta autorización expirará con la terminación de la elegibilidad del individuo para recibir beneficios de la Oficina de servicios a las víctimas.</i>
--	---

12. Si no es el paciente, nombre de la persona que firma este formulario:	13. Autoridad para firmar en representación del paciente:
---	---

Todos los artículos de este formulario han sido completados y mis preguntas sobre el mismo han sido respondidas. Además, se me ha dado una copia del formulario:

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante autorizado por ley.

\_\_\_\_\_  
Fecha:

\* **Virus de inmunodeficiencia humana que causa el SIDA. La ley de salud pública del estado de Nueva York protege la información que razonablemente pueda identificar a alguien como portador de los síntomas o infección del VIH y la información relacionada con los contactos de la persona.**