

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		¿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
☐ Vehículo motorizado (DWI, conductor ebrio) provocado ☐ 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.)

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Médicos/ambulancia | <input type="checkbox"/> Pérdida de apoyo | <input type="checkbox"/> Salarios perdidos | <input type="checkbox"/> Transporte personal |
| <input type="checkbox"/> Limpieza de la escena del delito (Únicamente para declaraciones de muerte) | <input type="checkbox"/> Albergue DV | <input type="checkbox"/> Médicos | |
| <input type="checkbox"/> Aparato/sistema de seguridad | <input type="checkbox"/> Vocacional/rehabilitación | <input type="checkbox"/> Mudanza/depósito | <input type="checkbox"/> Asesoramiento |
| <input type="checkbox"/> Tribunal | <input type="checkbox"/> Funeral/sepelio | <input type="checkbox"/> Propiedad personal esencial | |
| <input type="checkbox"/> 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	\$		Si no tiene, escriba cero (0)
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	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	Teléfono

17 Autorización de la víctima/reclamante:

RECONOZCO que aceptar una indemnización de la Oficina de servicios a las víctimas (OVS, por sus siglas en inglés) crea un gravamen a favor del Estado de Nueva York en cualquier recuperación relacionada con el delito sobre el cual esta declaración esta basada, incluyendo cualquier juicio, acuerdo u orden de restitución. Además, autorizo a cualquier director de funeraria, abogado, empleado, policía u otra autoridad pública, compañía de seguros o a cualquier persona que les preste servicios a los mencionados, o que tenga conocimiento de los mismos, a que suministre a OVS o a sus representantes la siguiente información: Registros de compensación de los trabajadores, información relacionada con el delito o con cualesquiera heridas o muerte sufrida como resultado del delito, e información relacionada con esta declaración. Si se lleva a cabo una indemnización, autorizo a OVS a realizar los pagos directamente al proveedor de servicios. También autorizo a OVS a compartir mi información y archivos de registro compilados para esta declaración con el programa de asistencia a las víctimas (VAP, por sus siglas en inglés), de modo que VAP pueda ayudar a OPS a procesar mi declaración y llevar a cabo su determinación. Si anteriormente en este documento se ha indicado un abogado privado, también autorizo a OVS a compartir mi información y archivos de registro recopilados para esta declaración con el abogado de modo que él/ella pueda actuar como mi representante. Entiendo que se necesitará una Notificación de comparecencia separada de parte de mi abogado además de esta autorización. Si un miembro de mi familia, amigo u otra persona tal y como se haya indicado en este documento, autorizo a OVS a compartir mi información y archivos de registro recopilados para esta declaración con esta persona de modo que puedan ayudarme con esta declaración.

Una copia de esta autorización tiene la misma validez que la original.

Firma del reclamante		Fecha	Teléfono durante el día
Correo electrónico: _____		Idioma en el que usted prefiere hablar: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino simplificado	
		<input type="checkbox"/> Chino tradicional <input type="checkbox"/> Criollo haitiano <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Coreano	
¿Necesita intérprete?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro _____	

Para procesar su declaración, envíenos por correo los siguiente documentos. (Guarde una copia para sus archivos.)

- Todas las facturas y recibos de los servicios enumerados en este formulario
- Su formulario completo y firmado
- Un formulario HIPAA diligenciado para cada **proveedor de servicio** enumerado en este formulario (usted puede fotocopiar el formulario HIPAA).
- Cartas de cualquier asegurador denegando o autorizando el pago por los servicios enumerados en este formulario

Recuerde: Usted debe cobrarle a su compañía de seguros o beneficios **antes** de que OVS pueda realizar el pago.

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 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:

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. **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:

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.

11. Fecha o evento en que esta autorización expirará:

Esta autorización expirará con la terminación de la elegibilidad del individuo para recibir beneficios de la Oficina de servicios a las víctimas.

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.**