



DEPARTAMENTO EJECUTIVO DEL ESTADO  
DE NUEVA YORK  
(STATE OF NEW YORK EXECUTIVE DEPARTMENT)  
**OFICINA DE SERVICIOS PARA VÍCTIMAS**  
(OFFICE OF VICTIM SERVICES)

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

Número de reclamo:

Nombre del reclamante:

Autorización de la víctima/el reclamante:

RECONOZCO que aceptar una remuneración de la Oficina de Servicios para Víctimas (Office of Victim Services, 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 (Victim Assistance Program, 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 para 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

Número de teléfono durante el día

---

Dirección de correo electrónico del reclamante