

Cómo enviar una solicitud para una remuneración

¿Quién puede enviar una solicitud para una remuneración?

Las víctimas de delitos, ciertos familiares, los dependientes, los tutores y los buenos samaritanos elegibles pueden enviar una solicitud a la Oficina de servicios para víctimas (Office of Victim Services, OVS) para una remuneración por los gastos de bolsillo no cubiertos por el seguro ni por otros recursos.

¿Para qué tipo de gastos puedo recibir una remuneración?

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

Los gastos específicos que la OVS puede cubrir incluyen: gastos médicos y de consejería, pérdida de bienes personales esenciales, limpieza de la escena del crimen y otras pérdidas que son el resultado directo del delito.

¿Cómo pido una remuneración?

Envíenos su solicitud de OVS completa junto con las copias de la documentación que OVS pueda pedir para determinar su elegibilidad para la remuneración.

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

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 usted es menor de 18 años, mayor de 60 años, es discapacitado o se lastimó puede enviar una solicitud de beneficios para reemplazar sus bienes personales *esenciales* o el dinero en efectivo que no cubrió ningún otro recurso.

Esencial significa que es necesario para su salud, seguridad o bienestar. Esto incluye, entre otros, artículos como gafas no cubiertas por el seguro, ropa de cama y ropa.

¿Qué pasa si me mudo?

Envíe de inmediato, por correo o por correo electrónico, una carta firmada a OVS. Infórmenos de su dirección y 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 (la persona que recibe los beneficios) debe completar la sección 2 del reclamo y firmar el reclamo.

Si la víctima murió, la persona que pide los beneficios debe completar la sección 2 de este formulario de solicitud y firmar el reclamo.

¿Hay otra manera de presentar la solicitud?

Sí. Visite ovs.ny.gov para acceder al portal de servicios para víctimas (VSP) y para presentar una solicitud en línea. Necesitará crear una cuenta en my.ny.gov para acceder al portal. Si necesita ayuda para presentar un reclamo en línea, comuníquese con OVS al 800-247-8035 o envíe un correo electrónico a OVInfo@ovs.ny.gov.

¿Tengo que completar un formulario de la HIPAA?

Quizá. Este formulario ayuda a proteger su información médica privada. Si reclama gastos médicos o de consejería, debe completar un formulario de la HIPAA por cada proveedor de servicios. Puede fotocopiar un formulario en blanco para hacer más copias.

¿Qué es una restitución?

Una restitución es el dinero que el autor de un delito paga a la víctima por las pérdidas o lesiones sufridas como consecuencia de este. Debe ser ordenada por el tribunal en el momento de la sentencia, y se considera parte de esta. La restitución NO incluye el pago de daños por pérdidas, angustia mental ni "dolor y sufrimiento" futuros. Para obtener más información, comuníquese con OVS al 800-247-8035 o visite el sitio web de OVS en <https://ovs.ny.gov/legal-information>.

¿Quién puede recibir una restitución?

Cualquier persona que haya sido víctima de un delito y haya sufrido lesiones, pérdidas económicas o daños puede pedir una restitución.

¿Cómo pido una restitución?

Debe ponerse en contacto con la oficina del fiscal del distrito e informar la gravedad de sus lesiones, sus pérdidas de gastos de bolsillo y la cantidad por daños que pide.

Leer
Cómo enviar una
solicitud de
remuneración antes de
completar este
formulario.

Solicitud de remuneración New York State Office of Victim Services



Para uso exclusivo del Programa de asistencia a las 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"/> asiático indio	<input type="checkbox"/> chino	<input type="checkbox"/> japonés	<input type="checkbox"/> filipino	<input type="checkbox"/> coreano
	<input type="checkbox"/> vietnamita	<input type="checkbox"/> bangladesí	<input type="checkbox"/> pakistaní	<input type="checkbox"/> guameño	<input type="checkbox"/> chamorro	<input type="checkbox"/> nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> samoano	<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			
Sexo:	<input type="checkbox"/> masculino	<input type="checkbox"/> femenino	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> prefiere no responder		¿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?									
<input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Fiscal de distrito <input type="checkbox"/> Programa de asistencia a víctimas <input type="checkbox"/> Radio/TV <input type="checkbox"/> Folleto/rótulo <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Otro									

2. Si usted **no** es la víctima y está firmando este reclamo, es el demandante. 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 opción)					
<input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Abogado <input type="checkbox"/> Otro (explicar) _____					

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

La víctima murió a causa de: <input type="checkbox"/> Automóvil (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> Automóvil (otro) <input type="checkbox"/> Terrorismo <input type="checkbox"/> Incendio provocado <input type="checkbox"/> Trata de personas <input type="checkbox"/> Otro homicidio	La víctima se lesionó a causa de: <input type="checkbox"/> Agresión sexual <input type="checkbox"/> Abuso físico infantil/descuido <input type="checkbox"/> Abuso sexual infantil <input type="checkbox"/> Automóvil (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> Automóvil (no DUI/DWI) <input type="checkbox"/> Pornografía infantil <input type="checkbox"/> Otro (Explicar): _____	<input type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/> Acoso <input type="checkbox"/> Secuestro <input type="checkbox"/> Terrorismo <input type="checkbox"/> Incendio provocado <input type="checkbox"/> Robo <input type="checkbox"/> Trata de personas	La víctima perdió bienes personales esenciales a causa de: <input type="checkbox"/> Allanamiento de morada <input type="checkbox"/> Automóvil (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> Automóvil (no DUI/DWI) <input type="checkbox"/> Trata de personas <input type="checkbox"/> Robo (sin lesiones) <input type="checkbox"/> Otro (Explicar): _____	<input type="checkbox"/> Incendio provocado <input type="checkbox"/> Delitos graves <input type="checkbox"/> Delito por fraude/financiero
N.º de reporte del delito:		Policía o agencia de justicia penal a la que se reportó:		
¿Dónde sucedió el delito? (Marcar solo una opción) <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Residencia propia <input type="checkbox"/> Edificio de apartamentos <input type="checkbox"/> Vía pública				
<input type="checkbox"/> Metro/autobús <input type="checkbox"/> Estacionamiento <input type="checkbox"/> Restaurante/bar <input type="checkbox"/> Escuela/terreno escolar <input type="checkbox"/> Centro comercial <input type="checkbox"/> Otro (Explicar): _____				
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 reporta, 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. Restitución:

¿Pidió el fiscal del distrito (DA) al tribunal que ordene la restitución?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe
¿Ordenó el tribunal que el sospechoso pagara una restitución?	<input type="checkbox"/> Sí (Cantidad en \$ _____)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Todavía no

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

NOTA: Si usted es elegible para recibir una remuneración, es posible que la OVS reembolse los gastos que se mencionan abajo. Estos artículos 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. Visite <https://ovs.ny.gov/legal-information> para obtener más información.

<input type="checkbox"/> Médica/ambulancia	<input type="checkbox"/> Pérdida de soporte (únicamente en caso de reclamo por muerte)	<input type="checkbox"/> Pérdida de salario	<input type="checkbox"/> Transporte personal
<input type="checkbox"/> Limpieza de la escena del delito	<input type="checkbox"/> Formación profesional/rehabilitación	<input type="checkbox"/> Refugio de DV	<input type="checkbox"/> Médico/Consejería
<input type="checkbox"/> Dispositivo/sistema de seguridad	<input type="checkbox"/> Funeral/entierro	<input type="checkbox"/> Mudanza/almacenaje	<input type="checkbox"/> Tribunal
<input type="checkbox"/> Consejería		<input type="checkbox"/> Bienes personales esenciales	
<input type="checkbox"/> Otro (Explicar):			

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).

Describe lo que se perdió/daño:	Costo	Describe lo que se perdió/daño:	Costo
1.	\$	3.	\$
2.	\$	4.	\$

7. Marque las casillas correspondientes a otros beneficios o seguro que usted tenga y que puedan ayudarlo a pagar los gastos relacionados con este delito:

<input type="checkbox"/> Seguro médico privado (por medio del empleador o pagado por usted)	<input type="checkbox"/> Child Health Plus	<input type="checkbox"/> SSDI/discapacidad	<input type="checkbox"/> Seguro de casa/alquiler
<input type="checkbox"/> Seguro médico secundario	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Compensación de los trabajadores	<input type="checkbox"/> Seguro de automóvil
<input type="checkbox"/> Seguro médico del mercado de NYS	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> NYS Essential Plan	<input type="checkbox"/> Otro:		

8. ¿Lo representa a usted un abogado privado (que no sea el fiscal de distrito)? Sí No

Si respondió "Sí":

 Nombre del abogado Dirección N.º de teléfono

9. 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, escribirlo aquí:

 Nombre de la persona Dirección N.º de teléfono

10. Autorización de la víctima/el demandante

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. Autorizo a cualquier director de funeraria, abogado, empleador, policía u otra autoridad, compañía de seguros o cualquier persona que haya prestado servicios a los que se menciona arriba, o que tenga conocimiento de estos, para que le dé a la OVS o a sus representantes la siguiente información: los registros de la compensación de los trabajadores, la 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 a hacer los pagos directamente al proveedor de servicios. También autorizo a la OVS a compartir mi información y los registros recopilados para este reclamo con el Programa de asistencia a las víctimas (VAP) local mencionado en esta solicitud o con cualquier entidad del gobierno local establecida en el estado de Nueva York para ayudar a las víctimas de delitos con el fin de que la VAP o la entidad gubernamental local ayuden a la OVS a procesar mi reclamo, a tomar su determinación y a coordinar los servicios. Si se mencionó a un abogado privado en esta solicitud, también autorizo a la OVS para que comparta mi información y mi expediente recopilado 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 a un familiar, un amigo u otra persona en esta solicitud, autorizo a la OVS para que comparta mi información y mi expediente recopilado para este reclamo con esa persona para que me ayude. Certifico que la información que di en esta solicitud y en cualquier documentación entregada para respaldar esta solicitud es verdadera y está completa. Entiendo que hacer una declaración falsa en esta solicitud, o presentar documentación de respaldo que sea falsa, se puede condenar como un delito penal. Reconozco que completar esta solicitud no me asegura la obtención de una subvención.

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

 Firma del demandante Fecha N.º teléfono durante el día

Correo electrónico: _____	Idioma que prefiere hablar: <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> árabe <input type="checkbox"/> criollo haitiano <input type="checkbox"/> italiano <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> ruso <input type="checkbox"/> yidis <input type="checkbox"/> bengalí <input type="checkbox"/> francés <input type="checkbox"/> urdu
Necesita intérprete: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Otro

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

- Todas las facturas y recibos de los gastos relacionados con los bienes y servicios que ha descrito en las secciones 5 y 6 de este formulario de reclamo.
- Su formulario de reclamo completado y firmado.
- Un formulario de la HIPAA completado por cada proveedor de servicios médicos y de salud mental al que usted haya acudido para recibir servicios relacionados con este delito.
- Cartas de cualquier aseguradora o agencia gubernamental denegando o autorizando pagos relacionados con los bienes y servicios que usted describió en las secciones 5 y 6 de este formulario de reclamo.

Recuerde que: 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

Envíe sus documentos por correo electrónico a: ovsintake@ovs.ny.gov



AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA SEGÚN LA HIPAA
[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, solicitamos que la información médica sobre mi atención y mi tratamiento se revelen según se establece en este formulario:

Según la ley del estado de Nueva York y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de 1996, entiendo que:

1. 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 escribo mis iniciales en la línea correspondiente al artículo 9(a). Si la información médica descrita abajo incluye alguno de estos tipos de información y escribo mis iniciales en la línea de la casilla del artículo 9(a), autorizo específicamente la revelación de esa información a las personas que se mencionan en el artículo 8

2. 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 sea permitido según la ley federal o estatal. 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 soy discriminado por la publicación o revelación de la información relacionada con el VIH, puedo comunicarme con la Oficina de derechos civiles del estado de Nueva York (New York State Division of Human Rights) llamando al (212) 480- 2493 o con la Comisión de derechos humanos de la Ciudad de Nueva York (New York City Commission of Human Rights) llamando al (212) 306- 7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.

3. 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.

4. 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.

5. El destinatario puede volver a revelar la información que se revele según esta autorización (excepto según lo que se mencionó arriba en el artículo 2), y lo que se vuelva a revelar ya no estará protegido por la ley federal ni estatal.

6. 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 ARTÍCULO 9 (b).

7. Nombre y dirección del proveedor médico o de la entidad que revelará esta información:

8. Nombre y dirección de las personas, o la categoría de persona, a los que 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:

- Expediente médico desde (escribir fecha) _____ hasta (escribir fecha) _____
- El expediente médico completo, incluyendo historias del paciente, notas del consultorio (excepto las notas de psicoterapia), resultados de las pruebas, estudios de radiología, radiografías, remisiones, consultas, registros de facturación, registros del seguro y registros que le envíen otros proveedores de atención médica.
- Otro: _____ Incluye: (indique poniendo sus iniciales)

_____ Tratamiento para consumo de alcohol/drogas
 _____ Información de salud mental
 _____ Información relacionada con el VIH

Autorización para hablar de información médica

(b) 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:

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.

11. Fecha o evento en que vencerá esta autorización:

Esta autorización vencerá cuando termine la elegibilidad de la persona para los beneficios de la Oficina de servicios para víctimas.

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 artículos de este formulario y se respondieron mis preguntas sobre este formulario. Además, me dieron una copia del formulario.

Fecha: _____

 Firma del paciente o del representante autorizado por la ley.

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

