



Cómo solicitar una compensación

¿Quién puede solicitar una compensación?

Las víctimas de delitos, determinados familiares, dependientes, tutores legales y buenos samaritanos elegibles pueden solicitar a la Oficina de Servicios a las Víctimas (OVS) una compensación por los gastos de bolsillo no cubiertos por el seguro u otros recursos.

¿Por qué tipo de gastos puedo recibir una compensación?

La OVS ofrece compensaciones relacionadas con lesiones personales, fallecimiento y pérdida de bienes personales esenciales.

Los gastos específicos que la OVS puede cubrir incluyen gastos médicos y de asesoramiento psicológico, pérdida de bienes personales esenciales, limpieza de la escena del crimen y demás pérdidas que sean consecuencia directa del delito.

¿De qué forma solicito una compensación?

Envíenos su solicitud completada dirigida a la OVS junto con copias de la documentación que la OVS podría solicitar para determinar su derecho a una compensación.

¿Qué sucede si no cuento con alguno de los documentos que necesita la OVS?

Envíe su solicitud de inmediato. Puede enviar los demás documentos con posterioridad.

¿Qué sucede si se han perdido, dañado o destruido mis bienes a causa del delito?

Si tiene menos de 18 años, 60 años o más, se encuentra incapacitado o ha sufrido un accidente, puede solicitar beneficios para reemplazar sus bienes personales *esenciales* o el dinero en efectivo que no esté cubierto por ningún otro recurso.

Esencial hace referencia a que sea necesario para su salud, seguridad o bienestar. Esto incluye, entre otros, artículos como anteojos no cubiertos por el seguro, ropa de cama y prendas de vestir.

¿Qué sucede si me mudo?

Envíe por correo postal o electrónico a la OVS una carta firmada de inmediato. Indíquenos su nueva dirección y número de teléfono. Infórmenos también si cambia de 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 se encuentra incapacitada física o mentalmente para firmar, entonces el tutor legal (la persona que recibe los beneficios) debe completar la sección 2 del reclamo y firmarla.

Si la víctima ha fallecido, la persona que solicita los beneficios debe completar la sección 2 de este formulario y firmar el reclamo.

¿Hay otra forma de presentar una solicitud?

Sí. Visite ovs.ny.gov para acceder al Portal Seguro de Servicios a las Víctimas (VSP) y presentar una solicitud en línea. Para acceder al portal, deberá crear una cuenta en my.ny.gov. Si necesita ayuda para presentar un reclamo en línea, comuníquese con la OVS llamando al 800-247-8035 o enviando un correo electrónico a OVInfo@ovs.ny.gov.

¿Debo completar un formulario de la HIPAA?

Tal vez. Este formulario ayuda a proteger su información médica privada. Si reclama el pago de gastos médicos o de asesoramiento psicológico, debe completar un formulario de la HIPAA por cada proveedor de servicios. Puede fotocopiar un formulario en blanco para hacer copias adicionales.

¿Qué es una restitución?

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

¿Quién puede obtener una restitución?

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

¿Cómo solicita la restitución?

Debe ponerse en contacto con el Fiscal de Distrito y comunicarle la gravedad de sus lesiones, las pérdidas que ha sufrido y el monto de la compensación por daños que solicita.

Información de contacto

Dirección postal:

NYS Office of Victim Services
AE Smith Building

Número de teléfono principal:

1-800-247-803

Sitio web: <https://ovs.ny.gov>

Envíe las solicitudes y los documentos por correo electrónico a:

80 S. Swan Street
Albany, NY 12210-8002

OVSIntake@ovs.ny.gov

Lea *Cómo solicitar una compensación* antes de completar este formulario.

Solicitud de compensación Oficina de Servicios a las Víctimas del Estado de Nueva York



Para uso exclusivo del Programa de Asistencia a las Víctimas

ID del VAP de la OVS	Nombre del programa/teléfono	Nombre/correo electrónico del abogado defensor
----------------------	------------------------------	--

1. Háblenos acerca de la víctima.

Apellido	Nombre:	Inicial del 2.º nombre	N.º de seguro social <input type="checkbox"/> Marque aquí si no tiene.	Fecha de nacimiento	
Dirección postal:					
<i>Calle</i>	<i>N.º de apartamento (o apartado de correo)</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Condado</i>	<i>Estado (o país del extranjero)</i>	<i>Código postal</i>
Raza/etnia: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio asiático <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"/> Pakistání <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"/> Multirracial					
¿Se encontraba la víctima incapacitada en el momento del delito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido		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			
Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Gay o lesbiana <input type="checkbox"/> Heterosexual, que no es gay ni lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Dos espíritus (nativo americano/nativo de Alaska) <input type="checkbox"/> Utilizo un término diferente: _____ <input type="checkbox"/> No lo sé. <input type="checkbox"/> Prefiero no responder					
Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Prefiero no responder		¿Se considera una persona transgénero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder			
Identidad de género: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Dos espíritus (nativo americano/nativo de Alaska) <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Utilizo un término diferente: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no responder					
¿Cómo tomó conocimiento de la Oficina de Servicios a las Víctimas? <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Fiscal de distrito <input type="checkbox"/> Programa de ayuda a las víctimas <input type="checkbox"/> Radio/TV <input type="checkbox"/> Folleto/póster <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Otro: _____					

2. Si usted *no* es la víctima y firma este reclamo, usted es el reclamante. Cuéntenos acerca de usted.

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

Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	N.º de seguro social <input type="checkbox"/> Marque aquí si no tiene.	Fecha de nacimiento	
Dirección postal:					
<i>Calle</i>	<i>N.º de apartamento (o apartado de correo)</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Condado</i>	<i>Estado (o país del extranjero)</i>	<i>Código postal</i>
¿Cuál es su relación con la víctima? (Marque solo una opción) <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Abogado <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____					

3. Cuéntenos acerca del delito. (Marque **solo** una opción).

La víctima murió a causa de:	¿La víctima resultó lesionada a causa de?:	La víctima perdió bienes personales esenciales a causa de:		
<input type="checkbox"/> Vehículo motorizado (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> Vehículo motorizado (otros) <input type="checkbox"/> Terrorismo <input type="checkbox"/> Incendio provocado <input type="checkbox"/> Trata de personas <input type="checkbox"/> Otro tipo de homicidio	<input type="checkbox"/> Agresión sexual <input type="checkbox"/> Maltrato físico/abandono infantil <input type="checkbox"/> Abuso sexual infantil <input type="checkbox"/> Vehículo motorizado (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> Vehículo motorizado (no DUI/DWI) <input type="checkbox"/> Pornografía infantil <input type="checkbox"/> Trata de personas <input type="checkbox"/> Otros (explique): _____	<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"/> Hurto <input type="checkbox"/> Vehículo motorizado (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> Vehículo motorizado (no DUI/DWI) <input type="checkbox"/> Trata de personas <input type="checkbox"/> Robo (sin lesiones) <input type="checkbox"/> Otros (explique): _____	<input type="checkbox"/> Incendio provocado <input type="checkbox"/> Delito grave <input type="checkbox"/> Fraude/delito financiero
N.º de denuncia del delito		Policía u agencia de justicia penal en la que se denunció:		

¿Dónde se cometió el delito? (Marque **solo** una opción).

Trabajo Residencia propia Edificio de apartamentos Vía pública Metro/autobús Estacionamiento Restaurante/bar
 Escuela/predio escolar Centro comercial Otro (*explique*): _____

Condado donde ocurrió el delito: _____ Fecha del delito: _____ Fecha en que se denunció el delito: _____

Si transcurrieron más de 7 días entre la fecha del delito y la fecha en que se denunció, explique por qué: _____

Si transcurrió más de 1 año entre la fecha del delito y la fecha en que presenta este reclamo, explique por qué: _____

Describa el delito con sus propias palabras:

(Continúa de la página anterior)

4. Restitución:

¿Ha solicitado el fiscal de distrito (DA) al tribunal que ordene la restitución?

Sí No No lo sé

¿Ordenó el tribunal que el sospechoso pague una restitución?

Sí: Monto en \$ _____ No Todavía no

5. Cuéntenos acerca de los gastos relacionados con este delito. (Marque *todas las opciones que correspondan*).

NOTA: Si es elegible para recibir una compensación, es posible que la OVS pueda reembolsarle los gastos que se indican a continuación. Estos artículos también deben solicitarse como parte de la restitución ordenada por el tribunal. Se recomienda a los solicitantes que compartan esta información con los fiscales si existe una causa penal. Visite <https://ovs.ny.gov/legal-information> para obtener más información.

<input type="checkbox"/> Médico/ambulancia	<input type="checkbox"/> Pérdida de sustento (solo en caso de fallecimiento)	<input type="checkbox"/> Salarios perdidos	<input type="checkbox"/> Transporte personal
<input type="checkbox"/> Limpieza de la escena del crimen	<input type="checkbox"/> Formación profesional/rehabilitación	<input type="checkbox"/> Refugio por violencia doméstica	<input type="checkbox"/> Médico/asesoramiento psicológico
<input type="checkbox"/> Dispositivo/sistema de seguridad	<input type="checkbox"/> Funeral/entierro	<input type="checkbox"/> Mudanza/almacenamiento	<input type="checkbox"/> Tribunal
<input type="checkbox"/> Asesoramiento psicológico	<input type="checkbox"/> Bienes personales esenciales		
<input type="checkbox"/> Otros (<i>explique</i>): _____			

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

Describe lo que se ha perdido/dañado:	Costo	Describe lo que se ha perdido/dañado:	Costo
1.	\$	3.	\$
2.	\$	4.	\$

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

<input type="checkbox"/> Seguro médico privado (a través del empleador o por cuenta propia)	<input type="checkbox"/> Child Health Plus	<input type="checkbox"/> SSDI/discapacidad	<input type="checkbox"/> Seguro para el hogar/arrendamiento
<input type="checkbox"/> Seguro de salud secundario	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Compensación laboral	<input type="checkbox"/> Seguro para automóviles
<input type="checkbox"/> Seguro médico del mercado del Estado de Nueva York	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Plan Esencial del Estado de Nueva York	<input type="checkbox"/> Otro: _____		

8. ¿Lo representa un abogado privado (no el fiscal del distrito)? Sí No

En caso afirmativo:

Nombre del abogado Dirección N.º de teléfono #

9. Autorización para hablar con el representante.

Si desea permitir que un familiar, amigo u otra persona hable con la OVS en relación con su reclamo, indíquelo aquí:

Nombre de la persona Dirección N.º de teléfono #

10. Autorización de la víctima/el reclamante

CONFIRMO que aceptar una subvención de la Oficina de Servicios a las Víctimas (OVS) genera un derecho de retención a favor del Estado de Nueva York respecto de todo tipo de resarcimiento relacionado con el delito en el que se basa este reclamo, incluida cualquier sentencia, acuerdo o pagos de una orden de restitución. Autorizo a cualquier director de funeraria, abogado, empleador, policía u otro tipo de autoridad pública, compañía de seguros o cualquier persona que haya prestado servicios a los antes mencionados, o que tenga conocimiento de ellos,

a proporcionar a la OVS o a sus representantes la siguiente información: Registros de compensación laboral, información relativa al delito o a cualquier lesión o muerte sufrida como consecuencia del delito, e información relativa a este reclamo. En caso de que se otorgue una subvención, autorizo a la OVS a efectuar los pagos directamente al proveedor de servicios. También autorizo a la OVS a compartir mi información y los registros compilados para este reclamo con el Programa local de Asistencia a las Víctimas (VAP) que figura en esta solicitud o con cualquier entidad gubernamental local establecida en el Estado de Nueva York para ayudar a las víctimas de delitos, a fin de que el VAP o la entidad gubernamental local ayuden a la OVS a procesar mi reclamo, efectuar su dictamen y coordinar los servicios. Si he incluido a un abogado privado en esta solicitud, también autorizo a la OVS a compartir mi información y los registros recopilados para este reclamo con el abogado para que actúe como mi representante. Comprendo que se necesitará un aviso de comparecencia de mi abogado por separado, además de esta autorización. Si un familiar, amigo u otra persona figura en esta solicitud, autorizo a la OVS a compartir mi información y los registros recopilados para este reclamo con dicha persona para que pueda ayudarme con el reclamo. Comprendo que la OVS puede recibir una citación judicial correspondiente a los registros relacionados con mi reclamo; la OVS puede estar obligada por ley a cumplir con dicha orden, pero lo hace ocultando datos específicos, incluida la información de identificación personal. Certifico que la información proporcionada en esta solicitud y toda documentación aportada para respaldarla es verdadera y se encuentra completa. Comprendo que realizar una declaración falsa en esta solicitud o presentar documentación que se brinde para respaldar esta solicitud que sea falsa, puede ser punible como delito penal. Confirmando que completar esta solicitud no garantiza el otorgamiento de una subvención.

Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma eficacia que el original.

Firma del reclamante: _____	Fecha _____	() _____ Número de 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"/> Yiddish <input type="checkbox"/> Bengalí <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Otro	
Se necesita intérprete: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Para procesar su reclamo, envíe a la OVS los siguientes documentos. Conserve una copia para sus registros.

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

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

Envíe sus documentos por correo postal a: Oficina de Servicios a las Víctimas del Estado de Nueva York
 AE Smith Building
 80 S. Swan Street
 Albany, NY 12210-8002

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



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DE CONFORMIDAD CON LA 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 se divulgue la información médica relativa a mi atención y tratamiento según lo establecido en este formulario:

De acuerdo con la Ley del Estado de Nueva York y la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA), comprendo lo siguiente:

- La presente autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el **ABUSO DE ALCOHOL y DROGAS, TRATAMIENTOS DE SALUD MENTAL**, excepto notas de psicoterapia, e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH*** solo si coloco mis iniciales en la línea correspondiente del punto 9(a). En caso de que la información médica descrita a continuación incluya alguno de estos tipos de información e incluyo mis iniciales en la línea de la casilla del punto 9(a), autorizo específicamente la divulgación de dicha información a las personas indicadas en el punto 8.
- Si autorizo la divulgación de información relacionada con el VIH, el tratamiento del alcoholismo o el consumo de drogas o el tratamiento de salud mental, el destinatario tiene prohibido volver a divulgar dicha información sin mi autorización, a menos que lo permita la ley federal o estatal. Comprendo que tengo derecho a solicitar una lista de las personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si sufro discriminación a causa de la divulgación de información relacionada con el VIH, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York, llamando al (212) 480- 2493, o bien con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York, llamando 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 indicado a continuación. Comprendo que puedo revocar esta autorización excepto según ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorización.
- Comprendo que la firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para recibir beneficios no estarán condicionados a la autorización de la presente divulgación.
- La información divulgada en virtud de esta autorización podría volver a ser divulgada por el destinatario (excepto en los casos indicados anteriormente en el punto 2) y esta nueva divulgación podría dejar de estar protegida por la ley federal o estatal.
- LA PRESENTE AUTORIZACIÓN NO LO AUTORIZA A HABLAR SOBRE MI INFORMACIÓN MÉDICA O ATENCIÓN MÉDICA CON NADIE QUE NO SEA EL ABOGADO O LA AGENCIA GUBERNAMENTAL ESPECIFICADA EN EL PUNTO 9 (b).**

7. Nombre y dirección del proveedor de atención médica o entidad que divulgará esta información:	
8. Nombre y dirección de las personas o categoría de personas a las que se enviará esta información: NYS OFFICE OF VICTIM SERVICES – AE SMITH BLDG., 80 S. SWAN ST., ALBANY, NY 12210-8002	
9(a). Información específica que se divulgará: <input type="checkbox"/> Registro médico del (indicar fecha) _____ al (indicar fecha) _____ <input type="checkbox"/> La totalidad del registro médico, incluidos los historiales de los pacientes, las notas de consultorio (excepto las notas de psicoterapia), los resultados de pruebas, estudios radiológicos, películas, remisiones, consultas, registros de facturación, registros de seguros y registros que le hayan enviado otros proveedores de atención médica. <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Incluir: <i>(Indíquelo con sus iniciales)</i> _____ Tratamiento del alcoholismo/la drogadicción _____ Información sobre salud mental _____ Información relacionada con el VIH	
Autorización para hablar sobre información médica (b) <input type="checkbox"/> Al colocar mis iniciales aquí, _____ autorizo a _____ Iniciales Nombre del proveedor de atención médica de la persona a hablar sobre mi información médica con mi abogado o con una agencia gubernamental, que se indican a continuación: <p align="center">OFICINA DE SERVICIOS A LAS VÍCTIMAS DEL ESTADO DE NUEVA YORK</p> _____ (Nombre del abogado/firma o nombre de la agencia gubernamental)	
10. Motivo de la divulgación de información: <i>A pedido de la persona a los efectos de establecer la elegibilidad para recibir beneficios de la Oficina de Servicios a las Víctimas del Estado de Nueva York.</i>	11. Fecha o evento en que vencerá esta autorización: <i>Esta autorización vencerá cuando finalice la elegibilidad de la persona para recibir beneficios de la Oficina de Servicios a las Víctimas.</i>

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

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

Fecha: _____

Firma del paciente o del representante autorizado por ley.

*** Virus de Inmunodeficiencia Humana que causa el SIDA. La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York protege la información que razonablemente podría identificar a alguien como portador de síntomas o infección por VIH y la información relativa al contacto de una persona.**