



DEPARTAMENTO DE JUSTICIA DE NEW HAMPSHIRE
PROGRAMA DE COMPENSACIÓN DE VÍCTIMAS
FORMULARIO DE SOLICITUD

SECCIÓN 1. – INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA

Nombre de la víctima		Dirección	
Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono
Fecha de nacimiento:	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino		

El envío de información sobre fecha de nacimiento y género es opcional.

¿Le gustaría que lo contactaran por correo electrónico? Sí No _____

Estado civil: Soltero En concubinato Casado (nombre del cónyuge) _____ Divorciado Viudo

Nombre de personas a cargo, vínculo y edades _____

SECCIÓN 2. – INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE (Complete si usted no es la víctima principal)

Nombre de la víctima		Dirección	
Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono
Fecha de nacimiento:	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino		

El envío de información sobre fecha de nacimiento y género es opcional.

¿Le gustaría que lo contactaran por correo electrónico? Sí No _____

Vínculo del reclamante con la víctima _____

SECCIÓN 3. – INFORMACIÓN ESTADÍSTICA

El envío de información sobre los antecedentes fecha de nacimiento s es opcional.

- Negro/afroamericano Indoamericano/nativo de Alaska Asiático Nativo de una isla del Pacífico
 Blanco caucásico/no latino Hispano o latino Otra _____

¿Tenía una discapacidad antes del delito? Sí No

SECCIÓN 4. – COMPENSACIÓN (Facturas que adeuda o facturas que ha pagado)

Tipo de asistencia relacionada con el delito que solicita y que ha provocado daños personales, como traumas físicos o mentales, o la muerte de la víctima: Médicos Dentales Salarios perdidos Gastos funerarios Terapia Sistema de seguridad Traslado Otro _____

SECCIÓN 5. – INFORMACIÓN DEL DELITO (Complete esta sección con la mayor cantidad de información posible)

Tipo de delito: Agresión Agresión sexual Robo con lesiones Violencia doméstica Acecho Conducir en estado de ebriedad Homicidio Abuso físico/abandono infantil Pornografía infantil Trata de personas Secuestro Otros delitos vehiculares Terrorismo Otro (describa) _____

_____	_____
Fecha del delito	Pueblo/Ciudad/Condado donde ocurrió el delito
_____	_____
Fecha en que el delito se denunció a la policía	Departamento de policía donde se denunció el delito
_____	_____
Nombre del agente que prestó asistencia	Número de teléfono

¿Se ha producido un arresto? Sí No No sabe | _____
Nombre del agresor, si se conoce

¿Se han presentado cargos contra el agresor en los tribunales? Sí No No sabe | _____
En caso afirmativo, indique la ubicación del

¿La víctima conocía al agresor? Sí No En caso afirmativo, ¿de qué manera? | _____

¿Dónde se encuentra ahora el agresor? _____

Nombre del: Fiscal de la acusación _____ Defensor de la víctima/del testigo _____

SECCIÓN 6. – INFORMACIÓN MÉDICA/DE TERAPIA

¿Solicita una compensación de lo no reembolsado?

- Gastos médicos Sí No
- Gastos dentales Sí No
- Gastos de salud mental Sí No

Si corresponde, enumere todos los proveedores que le proporcionaron tratamiento, incluidos los datos del hospital, los médicos, los dentistas, los terapeutas de salud mental, la ambulancia, el personal de radiología y las recetas (medicamentos y gafas). Adjunte hojas adicionales si es necesario. Si están disponibles, adjunte copias de las facturas.

Nombre del proveedor	Dirección	Teléfono

SECCIÓN 7. – INFORMACIÓN FUNERARIA

¿Solicita una compensación por gastos funerarios? Sí (complete a continuación) No

Nombre de la casa funeraria	Número de teléfono		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

¿Se han pagado o se pagarán los gastos funerarios de alguna de las siguientes fuentes? Sí No

- | | | | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Seguro de sepelio | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | Seguro/beneficios de veterano | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Seguro de vida | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | Donaciones | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Asistencia pública | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | Otra _____ | | |

Tenga en cuenta: si ha marcado afirmativamente alguna de las opciones anteriores, las facturas de los gastos funerarios deberán presentarse a esa fuente antes de que Compensación de Víctimas pueda considerar el reembolso.

SECCIÓN 8. – INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEO

¿Tenía un empleo al momento del delito? Sí No
salarios perdidos? Sí No

En caso afirmativo, ¿presenta una solicitud por

En caso afirmativo, complete la siguiente sección y presente copias de sus recibos de sueldo. Si trabajaba de manera independiente al momento del delito, presente una copia de la documentación de su declaración de impuestos del año anterior al delito. Si ha faltado al trabajo más de dos semanas, presente una declaración del médico en la que conste la duración de su incapacidad laboral.

Nombre del empleador		Número de teléfono		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
Horas trabajadas por semana	Salario por hora	Propinas, bonificaciones por semana		
Fecha de ausencia del trabajo	Desde	Hasta		

SECCIÓN 9. – RESTITUCIÓN Y ACCIÓN CIVIL

¿En el delito estuvieron involucrados vehículos de motor? Sí No
(En caso afirmativo, proporcione la página de declaraciones de su póliza de seguro de automóvil).

¿El tribunal ordenó que el acusado hiciera una restitución? Sí No

En caso afirmativo, ¿por qué monto? _____

¿Ha iniciado o tiene intenciones de iniciar una acción civil? Sí No
(En caso afirmativo, complete a continuación).

Nombre del abogado		Nombre de la firma/número de teléfono		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	

¿Sabe su abogado que ha presentado una reclamación ante el Programa de Compensación de Víctimas? Sí No

SECCIÓN 10. – INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS Y OTRAS FUENTES DE GARANTÍA

¿Se han pagado o se pagarán las facturas mediante alguna de las siguientes fuentes?

- | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------|----|-----------------------|----|---|-----------------------|----|-----------------------|----|
| Usted mismo | <input type="radio"/> | Sí | <input type="radio"/> | No | Administración de Veteranos | <input type="radio"/> | Sí | <input type="radio"/> | No |
| Seguro de salud privado | <input type="radio"/> | Sí | <input type="radio"/> | No | Seguro de vida | <input type="radio"/> | Sí | <input type="radio"/> | No |
| Medicare/Medicaid | <input type="radio"/> | Sí | <input type="radio"/> | No | Indemnización por accidentes de trabajo | <input type="radio"/> | Sí | <input type="radio"/> | No |
| Programa del Seguro Social | <input type="radio"/> | Sí | <input type="radio"/> | No | Compensación por desempleo | <input type="radio"/> | Sí | <input type="radio"/> | No |
| Licencia por enfermedad/vacaciones | <input type="radio"/> | Sí | <input type="radio"/> | No | Asistencia pública o general | <input type="radio"/> | Sí | <input type="radio"/> | No |
| Otros beneficios del empleador | <input type="radio"/> | Sí | <input type="radio"/> | No | (incluida la asistencia social) | | | | |

Si ha seleccionado afirmativamente a alguna de las fuentes anteriores, proporcione el nombre de la persona, la compañía, la agencia o la organización, incluida la dirección postal y el número de policía:

SECCIÓN 11. – CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA

1. El delito ocurrió en New Hampshire. Sí No
2. El delito provocó daños personales (incluido un trauma mental o la muerte). Sí No
3. El delito ocurrió después del 2 de noviembre de 1989 inclusive. Sí No
4. El delito se denunció a las autoridades policiales en un plazo de 5 días. Sí No
5. Esta reclamación se presenta en el plazo de 2 años contados desde la fecha del delito. Sí No
6. La pérdida u obligación que tiene a su cargo es mayor a \$100.00. Sí No

Si su respuesta fue negativa, explique por qué.

¿Cómo se enteró del Programa de Compensación de Víctimas de New Hampshire?

- Defensor de la comunidad
 Infoline/211
 Oficina del Fiscal/Defensor del condado
 Policía
 Proveedor médico
 Hospital
 Familiar/amigo
 Proveedor de salud mental
 Página web
 Folleto
 Otro _____

SECCIÓN 12. – DECLARACIÓN DE LOS HECHOS Y AUTORIZACIÓN

El abajo firmante certifica que la información incluida esta solicitud es verdadera a su leal saber y entender y, por la presente, autoriza a cualquier hospital, médico u otra persona que haya atendido o examinado a (nombre de la víctima o del familiar), _____; a cualquier director de una casa funeraria u otra persona que haya prestado servicios, a cualquier empleador de la víctima; cualquier policía u otra agencia gubernamental local, incluidos los servicios de recaudación de impuestos estatales y federales; cualquier compañía de seguros u organización que tenga conocimiento de ello a proporcionar al Programa de Compensación de Víctimas de NH o a su representante toda la información sobre el incidente que condujo a los daños personales de la víctima y a la solicitud de compensación presentada por la víctima o un familiar. La fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como la original.

Si alguno de los gastos de la víctima/reclamante relacionados con el delito que se reclaman en esta solicitud puede estar total o parcialmente cubiertos por algún seguro público o comercial de salud, por discapacidad, de vida, de automóvil, de propietario de vivienda o de otro tipo; el programa de atención gratuita del hospital; indemnización por accidentes de trabajo o compensación por desempleo; licencia por enfermedad, vacaciones o licencia personal; beneficios sindicales o fraternales; pensiones o fondos de jubilación, restitución, sentencias de procesos civiles o cualquier otro recurso; tenga a bien explicarlo en su totalidad en una hoja aparte y adjúntela a esta solicitud. Incluya los nombres completos, las direcciones y los números de teléfono de sus recursos y de su abogado privado, de haber uno, si no tiene recursos que puedan ayudarlo y ha solicitado asistencia de Medicaid, Medicare, el programa de atención gratuita del hospital y cualquiera de los programas de asistencia pública, pero se determinó que no era elegible, y adjunte copias de los documentos que muestren que no es elegible para recibir asistencia pública.

Entiendo que la recuperación de mis pérdidas a través de una acción legal dará derecho al estado de New Hampshire a un reembolso en la medida de la compensación que se me conceda. También entiendo que mis proveedores pueden ser reembolsados directamente por mis deudas. Declaro, bajo pena de perjurio, que he leído todas las preguntas del formulario de reclamación y que, a mi leal saber y entender, todas las respuestas son verdaderas, correctas y completas. También declaro, bajo pena de perjurio, que los gastos y las pérdidas que se reclaman en esta solicitud no han sido, no serán ni pueden estar cubiertos por ningún otro recurso de programas de asistencia pública.

Firma del solicitante *(los padres o el tutor deben firmar si la víctima es menor o un adulto incapaz)*

Fecha

Envíe la solicitud completa a la siguiente dirección:

New Hampshire Victims' Compensation Program
Department of Justice
33 Capitol Street
Concord, N.H. 03301-6397

¿Tiene preguntas?

Llame al 1-800-300-4500 (línea gratuita de compensación, solo en NH)
o al 603-271-1284.

Correo electrónico: victimcomp@doj.nh.gov

Las víctimas de un delito también pueden encontrar ayuda en otros programas, como los siguientes:

- Violencia doméstica: línea directa para casos de violencia doméstica en todo el estado de New Hampshire, 1-866-644-3474; www.nhcadsv.org
- Agresión sexual: línea directa para casos de agresión sexual en todo el estado de New Hampshire, 1-800-277-5570; www.nhcadsv.org
- New Hampshire 211; www.211.nh: para afrontar las necesidades diarias y los momentos difíciles. Una conexión con miles de recursos disponibles en New Hampshire.

