



## Instrucciones – Formulario de Compensación para Lesiones Personales

Este proceso de reclamo fue establecido bajo el Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de Septiembre, que forma parte de la legislación aprobada por el Congreso y firmada y convertida en ley por el Presidente. El Fondo provee una compensación a los individuos que sufrieron lesiones físicas o a las familias y los beneficiarios de las personas que murieron a causa de los ataques relacionados con los actos terroristas del 11 de septiembre de 2001. El 7 de marzo de 2002, el Departamento de Justicia de los Estados Unidos y el Auxiliar Judicial publicaron los reglamentos finales para implementar este fondo. Tanto el Departamento de Justicia de los Estados Unidos como el Auxiliar Judicial se han comprometido a garantizar que este programa se administre en forma expedita y equitativa para que responda a las necesidades de la gente que ha sufrido a causa de esos ataques. Para contribuir al logro de estos objetivos, se brindará ayuda a todos los reclamantes a fin de que completen este proceso de reclamo y obtengan todos y cada uno de los beneficios que se ofrecen a los reclamantes elegibles en este fondo.

Estas instrucciones son para ayudarle a usted a completar y presentar el Formulario de Compensación para Lesiones Personales. Si usted es Representante Personal de una Víctima que murió a causa de los ataques del 11 de septiembre, tendrá que usar las instrucciones del Formulario de Compensación para Víctimas Difuntas.

No olvide anotar los Números del Seguro Social o el Número de Identificación Nacional de usted y de la Víctima, en la parte superior de cada página y en todas las páginas adicionales que presente.

### ¿Adónde puedo ir para conseguir más información?

**A través de Internet**– La dirección del sitio Web del Fondo de Compensación para las Víctimas es: [www.usdoj.gov/victimcompensation](http://www.usdoj.gov/victimcompensation)

**Por teléfono**– El número de la Línea de Ayuda sin cargo alguno es el 1-888-714-3385 (TDD 888-560-0844). Si llama desde fuera de los Estados Unidos, hágalo por favor al 202-305-1352.

**En persona** – Usted puede ir también a alguno de los Sitios de Asistencia para Reclamos. Ya que la ubicación y los horarios de servicio de éstos están sujetos a cambios, llame por favor a la Línea de Ayuda o visite el sitio Web para saber cuál es el más cercano, cómo llegar a él y su horario de servicio actual.

## Introducción

### ¿Qué es el Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de Septiembre?

El Fondo fue establecido por el Congreso como parte de la Ley Pública 107-42 y su propósito es brindar ayuda económica a los que sufrieron más a causa de los sucesos del 11 de septiembre. De manera específica, el Fondo provee una compensación a:

- Las personas que sufrieron daños físicos como resultado de los ataques terroristas
- Las familias y los beneficiarios de los que murieron a causa de los ataques terroristas

Su participación en el Fondo es voluntaria. El Fondo proporciona un recurso alternativo, sin determinación de culpa, a los litigios por actos ilícitos civiles. Al participar en el proceso del Fondo, los reclamantes renuncian a su derecho de entablar tales litigios.

### ¿En qué consiste el Formulario de Compensación para Víctimas Difuntas?

El Formulario de Compensación consta de cuatro partes:

**Parte I – Elegibilidad y solicitud de Beneficios Anticipados:** Ésta parte identifica a la Víctima y esta-

blece los requisitos de elegibilidad. Esta parte permite también que usted opte por recibir Beneficios Anticipados con cargo a la indemnización final.

**Parte II – Información para la compensación:** Se refiere a la información y la documentación que el Auxiliar Judicial necesita para calcular la indemnización.

**Parte III – Atestaciones y certificaciones:** Esta parte incluye su autorización para que se divulgue información contenida en el Formulario de Compensación y su certificación de que la información anotada en el Formulario de Compensación es verdadera, precisa y completa.

**Parte IV – Lista de verificación de documentos justificativos:** Esta lista de verificación indica la documentación justificativa que usted debe presentar junto con el Formulario de Compensación.

### ¿Quién debe completar el Formulario de Compensación para Lesiones Personales?

Las víctimas que sufrieron daños físicos a causa de los impactos de las aeronaves en los actos terroristas del 11 de septiembre de 2001 y desean presentar un reclamo ante el fondo.

### ¿Puedo utilizar el Formulario de Compensación para solicitar Beneficios Anticipados?

Sí. Los reclamantes que tuvieron que estar hospitalizados durante una semana o más tienen derecho de solicitar los Beneficios Anticipados. La petición correspondiente se puede presentar en la Parte I. Si usted presentó la versión anterior del *Formulario de Elegibilidad y Solicitud para Beneficios Anticipados* y no pidió los Beneficios Anticipados en dicho formulario, podrá utilizar ahora mismo este Formulario de Compensación para solicitarlos.



## ¿Adónde debo enviar mi Formulario de Compensación completo?

Los formularios de compensación completos deben enviarse a la siguiente dirección:

### Por correo normal:

Victim Compensation Fund  
P.O. Box 18698  
Washington, DC 20036-8698

### Por correo para entrega al día siguiente:

Victim Compensation Fund  
1900 K Street, NW  
Suite 900  
Washington, DC 20006  
202-822-4485

## Instrucciones generales

- Por favor, lea con atención todas las instrucciones antes de completar el formulario.
- Examine la Lista de Verificación en la Parte IV para saber qué documentos tendrá que presentar con su formulario.
- Incluya su Número del Seguro Social o su Número de Identificación Nacional en la parte superior de cada una de las páginas del formulario y en las todas las páginas o documentos adicionales que presente.
- Complete todas las secciones del Formulario de Compensación. De lo contrario, el Auxiliar Judicial no podrá calcular el monto de la indemnización.
- Haga que un Notario Público (o el equivalente si usted no vive en EE.UU.) autentique su firma en la Parte III.e – Atestaciones y Certificaciones.
- Por favor, haga una copia de su Formulario de Compensación completo antes de enviarlo. Quizás la oficina del Auxiliar Judicial se comunique con usted para pedir una aclaración o más

datos acerca de lo que usted le envió.

- Envíe su Formulario de Compensación completo, de modo que el matasello del correo lo marque el 21 de diciembre de 2003 a más tardar.
- Por favor, envíe una carta o llame a la Línea de Ayuda del Fondo de Compensación de Víctimas si cambia de dirección y/o número de teléfono entre esta fecha y el 21 de diciembre de 2003. Si el Auxiliar Judicial desea preguntar algo y no lo localiza, su reclamo podrá darse por abandonado al final del programa, que será el 21 de diciembre de 2003.

### ¿Qué debo hacer si ya remití el formulario titulado *Formulario de Elegibilidad y Solicitud de Beneficios Anticipados*?

Este Formulario de Compensación para Lesiones Personales reemplaza y complementa la versión anterior del *Formulario de Elegibilidad y Solicitud para Beneficios Anticipados*. Se debe usar en todos los reclamos presentados después del 24 de marzo de 2002. Si usted presentó el documento previo, no es necesario que vuelva a presentar la información que ya proporcionó. Sin embargo, tendrá que hacer lo siguiente:

- Parte I – Indique por favor el número de reclamo. Además, si no solicitó los Beneficios Anticipados en su presentación previa y desea hacerlo ahora, indíquelo por favor en la Parte 1.f. Si no es así, puede omitir el resto de la Parte I.
  - Parte II – Por favor, complete todas las preguntas.
  - Parte III – Ponga por favor sus iniciales, firme y autentique esta parte ante un notario.
  - Parte IV – Por favor, indique toda la documentación justificativa que está presentando.
- Si usted opta por participar en este programa, renuncia al derecho de litigar. La renuncia a ese derechos se aplica a los derechos

de otras personas además de usted. La renuncia no es aplicable a una acción civil para hacer cumplir obligaciones de fuentes suplementarias, ni a una acción civil contra cualquier persona que haya participado a sabiendas en cualquier conspiración para secuestrar cualquier aeronave o cometer cualquier acto terrorista.

## Reclamos de personas que no son ciudadanos o residentes de Estados Unidos

- Si usted no tiene un Número del Seguro Social de EE.UU., deberá proporcionar el número de identificación equivalente de su país (como el número de identificación de contribuyente nacional). Estos números se usarán para seguirle la pista a su reclamo.
- Un Notario Público, o el equivalente en su país deberá autenticar su firma.
- Por favor, indique los montos de gastos médicos, pérdida de ingresos y compensación de fuentes suplementarias, en la moneda en que fueron o serán pagados o devengados.
- A menos que usted tenga una cuenta bancaria de EE.UU., la indemnización por Beneficios Anticipados se le pagará en dólares de EE.UU., con un cheque del Departamento del Tesoro de EE.UU. Se le enviará por correo a la dirección que usted anote en la Parte I.a.

## Instrucciones, sección por sección

Estas instrucciones dan una idea general de las preguntas de cada sección, aclaran más en detalle varias dudas e indican la documentación justificativa que usted debe incluir con su Formulario de Compensación.



## Parte I – Elegibilidad y Solicitud de Beneficios Anticipados

### Parte I.b – Información acerca de las circunstancias de la Víctima el 11 de septiembre de 2001

En esta sección se pide información acerca de usted:

- ¿Era usted trabajador de rescate?
- ¿Dónde estaba usted cuando sufrió la lesión? (Si no estaba en el Pentágono ni en el World Trade Center, marque por favor “otro” y proporcione más datos)

Los reglamentos requieren que usted haya estado presente en el lugar de los hechos (“el sitio”) en el momento de los impactos de los aviones o inmediatamente después.

**Presente en el sitio** (el World Trade Center, el Pentágono o Shanksville) significa que estuvo físicamente presente en el momento de los impactos o en el período inmediatamente después:

- i) En los edificios o las partes de los edificios que fueron destruidos a causa de los impactos de los aviones; o
- ii) En cualquier área contigua a los sitios de los impactos que, a juicio del Auxiliar Judicial, sea lo bastante cercana a un sitio para que haya habido un riesgo demostrable de sufrir un daño físico por el impacto de los aviones o por cualquier incendio, explosión o derrumbe posterior.

**El período inmediatamente después** significa lo siguiente:

- En general – el período transcurrido entre los impactos y 12 horas después de ellos
- Para trabajadores de rescate – el período transcurrido entre los impactos y 96 horas después de ellos

### ¿Cómo se define el daño físico?

Para documentar un daño físico elegible, usted tendrá que presentar una prueba de que sufrió una lesión *física* corporal y que ésta fue atendida por un profesional de la medicina:

- Dentro de las 24 horas siguientes al momento de la lesión o las 24 horas siguientes al momento del rescate. No obstante, las víctimas que no pudieron apreciar de inmediato la magnitud de sus heridas o no tuvieron acceso a la atención apropiada el 11 de septiembre, son elegibles si buscaron tratamiento médico dentro de las 72 horas siguientes al momento de la lesión o en las 72 horas siguientes al rescate. El Auxiliar Judicial puede ampliar estos plazos, caso por caso, a discreción, considerando al personal de rescate que, por todos los demás conceptos, cumple con este requisito, pero que no buscó atención médica en el plazo de 72 horas.

Y

- Usted debe demostrar que la lesión
  - Requirió hospitalización como paciente interno durante 24 horas por lo menos, **o bien,**
  - Ocasionó una incapacidad física, invalidez o deformación temporal o permanente, ya sea parcial o total.

El Auxiliar Judicial no puede indemnizar a quienes sólo sufrieron un daño emocional. El Fondo tampoco puede cubrir a los que sólo enfrentan un riesgo de lesión en el futuro (es decir, una lesión latente que no se manifieste del todo en el período estatutario de dos años que aplica el Fondo).

### Parte I.c – Información acerca del daño físico sufrido por la Víctima

Usted deberá indicar si su lesión le causó discapacidad, deformación o invalidez temporal o permanente, ya sea parcial o total.

**¡SUGERENCIA!** Para obtener registros médicos oficiales, contáctese directamente con el proveedor médico y pídale copias certificadas.

Describa por favor su lesión y presente registros médicos **certificados**, preparados o supervisados por el profesional de la medicina que le brindó atención médica. Esto puede incluir registros médicos de hospitales, clínicas, doctores o personal médico con licencia, o bien, registros a cargo del gobierno federal, estatal o local.

### ¿Cómo se define la discapacidad?

**Discapacidad temporal** – El Auxiliar Judicial puede tomar en cuenta evidencias del tiempo que el o la Víctima se ausentó de su empleo. El Auxiliar Judicial se basará en la definición de discapacidad temporal que se usa en los programas de esa especialidad y en las aseguradoras privadas.

**Discapacidad permanente** – El Auxiliar Judicial juzgará si la Víctima puede ejercer su profesión habitual a pesar de sus lesiones.

**Discapacidad permanente total** – El Auxiliar Judicial puede aceptar sin más evidencias o revisiones médicas, un dictamen de discapacidad emitido por la Administración de la Seguridad Social. También puede considerar un dictamen de discapacidad permanente emitido por otras agencias del gobierno o por aseguradoras privadas, al evaluar el reclamo. El Auxiliar Judicial puede requerir una evaluación de expertos médicos acerca de la discapacidad de la Víctima y si es capaz de seguir desempeñando su trabajo.

### Parte I.d – Información acerca del tutor de la Víctima

Si la Víctima es menor de edad o está discapacitada, se deberá proporcionar información sobre el tutor u otro representante legal autorizado.



Anote por favor el nombre de la persona, su dirección, número telefónico y (si es aplicable) el nombre de la compañía.

### Parte I.e – Información acerca del abogado de la Víctima u otra persona autorizada

No es necesario que usted tenga un abogado para presentar un reclamo. Sin embargo, usted tiene derecho de ser representado por un abogado y debe estar consciente de que, al presentar un reclamo, estará renunciando a, y afectando los derechos de entablar pleitos.

Por favor, complete esta sección si usted será representado por un abogado y diga si desea que la oficina del Auxiliar Judicial trate con él o con otra persona para que responda a todas las preguntas relacionadas con su reclamo (en vez de contactarse directamente con usted).

### Parte I.f – Elección de Beneficios Anticipados

Los **Beneficios Anticipados** son un pago de \$25.000 que se ofrece a una Víctima de lesiones físicas que encara dificultades económicas y fue hospitalizada durante una semana o más. El Auxiliar Judicial deduce el Beneficio Anticipado del monto de la indemnización final.

Por favor, indique si usted desea solicitar Beneficios Anticipados. La elegibilidad para los Beneficios Anticipados depende de dos criterios:

- Tiene que haber estado hospitalizado por lo menos una semana (responda esto en la Parte 1.c)

Y

- Es preciso que todavía no haya recibido de otras fuentes una suma mayor que sus salarios perdidos más gastos médicos diversos. (Al calcular este monto no se debe incluir el dinero recibido de entidades benéficas financiadas por el sector privado.)

### Método de pago de Beneficios Anticipados

Elija por favor cómo desea recibir el pago de los Beneficios Anticipados. Si opta por un depósito directo, envíe también la información solicitada sobre la institución financiera y un cheque cancelado.

### Reconocimiento de la renuncia de derechos

Usted deberá reconocer que ha entendido que, por el hecho de presentar un Formulario de Elegibilidad y Solicitud de Beneficios Anticipados substancialmente completo en su Parte I, Elegibilidad, y pedir los Beneficios Anticipados, renuncia al derecho de entablar una acción civil (o ser una de las partes de tal acción) en cualquier tribunal federal o estatal, referente a, o surgida de, daños y perjuicios sufridos a causa de los impactos de los aviones en los actos terroristas del 11 de septiembre de 2001. Esta Renuncia de Derechos se podría aplicar a los derechos de otras personas además de usted. Esto no se aplica a otras acciones civiles para hacer cumplir las obligaciones de fuentes suplementarias, ni a una acción civil contra cualquier persona que haya participado a sabiendas en cualquier conspiración para el secuestro de cualquier aeronave o para cometer cualquier acto terrorista.

Usted debe firmar indicando que leyó este reconocimiento y que lo ha entendido.

### Parte II – Información sobre compensación

Usted debe completar todas las secciones de la Parte II. De lo contrario, el Auxiliar Judicial no podrá calcular su compensación. La compensación será la suma de la pérdida económica y la pérdida no económica, menos las compensaciones suplementarias.

La **pérdida económica** variará, dependiendo de lo siguiente:

- Pérdida de ingresos u otros beneficios relacionados con el empleo, a causa de esta discapacidad
- Pérdida por gastos médicos
- Pérdida por servicios de reemplazo

La **pérdida no económica** de la Víctima se basa en la índole de la lesión y en el daño no económico.

**Tome nota por favor:** El Auxiliar Judicial no ha publicado una tabla, lista o cuadro de la pérdida económica o no económica presumida para las Víctimas lesionadas, ya que el monto se tendrá que determinar, en parte, por la duración y la magnitud de la discapacidad, la invalidez o la deformación. Una víctima que sufre discapacidad total o permanente puede consultar el cuadro de indemnizaciones presumidas si desea una guía acerca de las pérdidas económicas.

El Auxiliar Judicial reducirá la pérdida según el valor presente de las **compensaciones de fuentes suplementarias**. Éstas se exponen con más detalle en la Parte II.h.

### Parte II.a – Selección de vía de procesamiento de reclamos

Usted puede elegir una de dos vías para adjudicar (procesar) su reclamo. Usted tiene que presentar un Formulario de Compensación completo y toda la documentación justificativa, no importa cuál vía elija:

La **vía A** consta de dos pasos. En el Paso 1, el reclamo es revisado y se calcula la indemnización presumida. El paso 2 es opcional. En el Paso 2, usted puede solicitar una audiencia para que se revise la indemnización presumida. En la audiencia podrá presentar información adicional.

La **vía B** consta de un solo paso. El reclamo se presenta en una audiencia y después se calcula la indemnización. Usted debe presentar toda la información antes que se realice la audiencia. No podrá presentar información adicional después de la audiencia, pero sí proponer testigos que testifiquen en la audiencia.



## Parte II.b – Historial de empleo de la víctima

En esta sección se pide información sobre el empleo de la Víctima. Diga por favor en qué ha trabajado usted desde el 11 de septiembre de 2001. Describa por favor sus empleos antes de esa fecha, comenzando con los datos del más reciente, y continúe retrospectivamente hasta 1999.

## Parte II.c – Dependientes que no figuran en la lista

El número de dependientes influye directamente en el cálculo de la pérdida económica y la pérdida no económica. El Auxiliar Judicial podrá identificar a la mayoría de los dependientes de la Víctima a partir de la declaración del impuesto federal de la misma en 2000, presentada en los EE.UU. o en otro país.

Se debe incluir a cualquier dependiente de la Víctima que no haya sido mencionado en la declaración de impuestos federal o nacional de 2000. Entre ellos puede haber un hijo nacido o adoptado el 1 de enero de 2001 o después; los hijos incluidos en la declaración de impuestos del cónyuge de la Víctima, si la pareja declaró sus impuestos por separado; cualquier otra persona que empezó a ser dependiente el 1 de enero de 2001 o después; o cualquier otro que pudo ser citado como tal en la declaración de la Víctima en 2000, pero no lo fue.

## Parte II.d – Información sobre seguros

Por favor, informe sobre cualquier póliza de seguro con la cual esté protegida la Víctima lesionada.

## Parte II.e – Pérdida médica de la Víctima

Para determinar su pérdida económica, el Auxiliar Judicial revisará sus gastos médicos no reembolsados y la pérdida de ingresos

Tendrá que describir y documentar los **gastos médicos** no reembolsados (es decir, no cubiertos por un seguro de salud) que se efectuaron

a causa de la lesión física. Debe describir también cualquier **gasto médico futuro** previsto que no sea reembolsable, asociado a la lesión que usted sufrió como resultado directo de los impactos de los aviones el 11 de septiembre. Si usted es militar o empleado del gobierno, indique para qué programa o seguro es usted elegible.

Recuerde por favor que el Auxiliar Judicial no le podrá indemnizar por lesiones latentes, es decir, las que no se han manifestado en la fecha en que se presenta el reclamo.

## Parte II.f – Pérdida de ingresos de la Víctima hasta la fecha

En esta sección se le pide también que describa y **documente su pérdida de ingresos**, es decir, el monto real del trabajo que no pudo realizar y por el que no recibió compensación (o sea, que no se le pagó por esos días de trabajo perdido). También puede informar sobre cualquier pérdida reclamada de negocios o de oportunidades de empleo.

Todos los reclamantes que perdieron ingresos y prevén una pérdida substancial en el futuro a causa de sus lesiones y discapacidad, deben proveer los datos sobre compensación y la información sobre los beneficios provistos por el empleador que se le piden en la Parte II.g.

## Parte II.g – Pérdida de ingresos futuros de la Víctima

Complete esta sección solamente si ahora mismo está padeciendo de una discapacidad o si desea recibir una compensación por la pérdida de ingresos en el futuro.

En esta sección se le pide a usted que describa y documente cualquier **pérdida futura de ingresos**, es decir, la cantidad de ingreso por el trabajo que no podrá realizar y que requiere una compensación por reducción de ingresos.

## Información de compensaciones para reclamantes discapacitados

El monto de la indemnización de la Víctima se basará, en parte, en el ingreso devengado. Esto incluye el sueldo base y el salario, primas, comisiones, sobretiempos o pagos de incentivo, y otros beneficios aportados por el empleador. Esto **no** incluye los ingresos pasivos, como inversiones y alquileres.

Los reclamantes deben sentirse libres de comunicarse con la Línea de Ayuda o los Centros de Asistencia para Reclamos si desean recibir ayuda.

Anote por favor el **sueldo y salario base** de la Víctima antes de los impuestos en 1999, 2000, 2001 y 2002. Indique cómo se pagó el sueldo y adjunte documentación justificativa. La documentación podría incluir comprobantes de sueldo, cartas de sueldo o estados de sueldo de fin de año.

Algunas Víctimas recibieron **fuentes de remuneración adicionales**, tales como primas, comisiones, sobretiempos, propinas, honorarios u otros pagos de incentivo. El Auxiliar Judicial las considerará al determinar la compensación total. Por favor, describa y suministre información para cada fuente de remuneración adicional que tuvo la Víctima en 1999, 2000, 2001 y 2002.

Si la Víctima trabajaba por su cuenta o tenía un negocio de su propiedad, aporte por favor detalles de su remuneración junto con el formulario, en la Parte II.i.

## Información sobre beneficios provistos por el empleador

Cualquier Víctima elegible que haya perdido ingresos y prevea pérdidas futuras de ingresos a causa de sus lesiones, debe aportar información sobre los beneficios que le proporciona su empleador. Además del sueldo base y otras fuentes de remuneración, muchas Víctimas recibieron beneficios pagados por su empleador. El monto de ciertos beneficios se tomará en cuenta al realizar el cálculo de la pérdida económica. Algunos de los benefi-



cios más comunes son los siguientes:

- Beneficios de salud
- Pensión
- Aportación del empleador al plan 401(k) u otro plan similar
- Subsidio para la vivienda
- Subsidio para el transporte o automóvil de la compañía
- Beneficios militares
- Beneficios para empleados del gobierno
- Otros- como los planes de participación en utilidades

Indique por favor detalles sobre los beneficios que la Víctima recibió de su empleador en 2000 y 2001. Algunos beneficios se proporcionan como un monto en dólares (por ejemplo, los beneficios médicos) y otros se proveen como un porcentaje del ingreso (por ejemplo, las aportaciones al plan 401[k]). Por favor, indique cómo proporcionó el empleador estos beneficios.

Los subsidios para la vivienda de las fuerzas armadas deben incluirse en la sección de remuneración y no en la página de beneficios.

El Auxiliar Judicial necesitará una serie de documentos justificativos para esta sección. Por favor, vea la Lista de Verificación de Documentos para ayudar a determinar los documentos que debe incluir. Usted podrá contactar a sus empleadores para pedir información adicional sobre los beneficios suministrados.

El Auxiliar Judicial reconoce que reunir esta información puede ser una tarea difícil. Pónganse en contacto por favor con la Línea de Ayuda o los Centros de Asistencia para Reclamos si necesita orientación o guía adicional.

### Parte II.h – Fuentes suplementarias de compensación

Cuando el Congreso creó el Fondo de Compensación para Víctimas, estipuló en la ley que el monto de la

compensación se reducirá por la **compensación recibida de fuentes suplementarias**. Esto incluye los beneficios que usted recibió o tiene derecho a recibir en relación con los impactos de los aviones durante los actos terroristas del 11 de septiembre de 2001.

Por favor, describa cualesquier **beneficios del Seguro Social** que usted ha recibido, recibe actualmente o ha solicitado de la Administración de Seguridad Social como resultado de su lesión. Suministre por favor una copia de la documentación de la Administración de Seguridad Social donde constan su elegibilidad y sus beneficios.

Describa por favor cualesquier pagos de **compensación del trabajador** que usted ha recibido, recibe actualmente o tiene derecho de recibir a causa de sus lesiones. Por favor, suministre una descripción de su programa de beneficios de compensación o cobertura del trabajador. Esta información la podrá conseguir con su empleador o su sindicato (si el empleador o el sindicato proveyeron el programa) o con su agente de seguros (si usted compró el seguro de compensación del trabajador en forma independiente).

Por último, describa **cualquier otros pagos** que ha recibido o tiene derecho de recibir. Por favor, entregue una copia de la documentación apropiada.

**Tome nota por favor:** Las aportaciones hechas por entidades benéficas financiadas por el sector privado a usted o a su familia **no** se deducirán como fuente suplementaria.

### Parte II.i – Otra información (opcional)

Por favor, use esta sección para suministrar información adicional que a su juicio sea pertinente para el cálculo de la compensación. Esto podría incluir alguna aclaración de la información que usted anotó en

otra parte del formulario o información no cubierta en otra parte, incluso información pertinente para la determinación de la pérdida económica y no económica.

Por favor, no se olvide de incluir los números del Seguro Social o de Identificación Nacional en la parte superior de cada página de información adicional que usted anexe a su Formulario de Compensación.

### Parte III – Atestaciones y certificaciones

Esta Parte contiene una serie de certificaciones y autorizaciones importantes que usted debe hacer. Por favor, dedique suficiente tiempo para leer y entender cada una de ellas. Éstas cubren la información que usted presenta en y con su reclamo. Usted debe hacer también que se autentique su firma en el espacio correspondiente.

#### Parte III.b – Certificación de desestimación de cualquier acción legal

La participación en el Fondo de Compensación para las Víctimas es voluntaria. Sin embargo, para participar, usted deberá certificar que no ha entablado una acción civil (ni ha sido parte de ella) en ningún tribunal federal o estatal relativa a, o surgida de, daños y perjuicios sufridos como resultado de los impactos de los aviones en los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001. Esto no se aplica a otras acciones civiles para hacer cumplir las obligaciones de fuentes suplementarias ni a una acción civil contra cualquier persona que haya participado a sabiendas en cualquier conspiración para secuestrar cualquier aeronave o cometer cualquier acto terrorista.

Si usted, su cónyuge o cualquiera de sus dependientes entablaron ya una acción civil (o participaron en ella), usted debe decir si esa acción de litigio civil fue desestimada para el 21 de marzo de 2002, y anexar una prueba de la desestimación.



### Parte III.c – Reconocimiento de renuncia de derechos

Usted debe reconocer que entiende que al presentar un Formulario de Compensación para Lesiones Personales sustancialmente completo, **renuncia al derecho** de entablar una acción civil (o ser parte de ella) en cualquier tribunal federal o estatal relativa a, o surgida de, daños y perjuicios sufridos como resultado de los impactos de aviones en los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001. Esta renuncia de derechos se podría aplicar a los derechos de otras personas además de usted. Esto no se aplica a otras acciones civiles para hacer cumplir las obligaciones de fuentes suplementarias ni a una acción civil contra cualquier persona que haya participado a sabiendas en cualquier conspiración para secuestrar cualquier aeronave o cometer cualquier acto terrorista.

### Parte III.d – Autorización para divulgar Información

Usted debe autorizar la divulgación de información relativa a su reclamo para que el Auxiliar Judicial pueda revisar, verificar y procesar su reclamo. Esta autorización permite que el Departamento de Justicia de EE.UU. y el Auxiliar Judicial hagan lo siguiente:

- Obtener información de terceros, como los profesionales que le dieron atención médica
- Divulgar información sobre su reclamo a otras agencias federales, estatales o locales, como el Departamento del Tesoro de EE.UU.; u otras entidades que tengan información acerca de su reclamo, como su(s) empleador(es) y su(s) compañía(s) aseguradora(s)
- Publicar su nombre como un reclamante, en el sitio Web del Fondo de Compensación para Víctimas, en [www.usdoj.gov/victimcompensation](http://www.usdoj.gov/victimcompensation)
- Dar su información y su reclamo a autoridades del orden público si hay pruebas de fraude

- Permitir que el Departamento de Justicia de EE.UU. entregue a representantes del Departamento debidamente acreditados, la información divulgada en el examen de su reclamo
- Contactarse con su abogado u otra persona (identificada en las Partes I.d y I.e) para pedir más información en caso necesario.

Su autorización será válida durante cinco años desde la fecha de su firma o cuando usted la suspenda por escrito, lo que ocurra primero.

### Parte III.e –Certificación autenticada de exactitud de información

Usted deberá certificar que la información contenida en, y adjunta al Formulario de Compensación es fiel y exacta. El Auxiliar Judicial usará diversos procedimientos para verificar, autenticar y auditar los reclamos. Las declaraciones falsas pueden dar lugar a multas, cárcel y/o cualquier otra sanción disponible según la ley. El Auxiliar Judicial elevará toda prueba de reclamos falsos o fraudulentos al Departamento de Justicia y otras autoridades apropiadas del orden público.

#### ¿Qué es un Notario Público? ¿Y la “autenticación por notario”?

Un Notario Público es una persona que el estado autoriza para autenticar ciertos documentos. Autenticar significa ser testigo de que una persona firma un documento. P. ej., en el estado de Nueva York los Notarios Públicos son autorizados en sus condados de residencia. Se cobra un pequeño cargo por autenticar un documento.

**¡SUGERENCIA!** Por favor, no se olvide de esperar y firmar la Certificación frente al Notario Público. Si firma el formulario antes de ver al Notario Público, lo tendrá que volver a firmar para que el Notario Público pueda presenciar su firma.

### Parte IV – Lista de verificación de documentación justificativa

Como se indicó en todo el Formulario de Compensación, usted debe presentar documentos justificativos.

El Auxiliar Judicial redactó esta lista de verificación para ayudarle a preparar y presentar un Formulario de Compensación completo. Úsela al reunir los documentos necesarios. Describa todos los documentos que envíe (si no están en la lista de verificación). A menos que se indique otra cosa, tendrá que presentar documentación para todas las Partes. Finalmente, presente por favor esta lista de verificación completa con su Formulario de Compensación.

#### Prueba A – Autorización para divulgar registros médicos

Tendrá que presentar una copia ya completa de la **Prueba A – Autorización para divulgar registros médicos** junto con el Formulario de Compensación para Lesiones Personales. Esta prueba contiene una autorización a todos los médicos y proveedores de servicios de salud para divulgar los registros médicos de la Víctima. Firme por favor la autorización y adjúntela a su Formulario de Compensación completo.

#### Aviso de la Ley de Reducción de Papeleo.

Una agencia no puede realizar ni auspiciar una recolección de datos y nadie está obligado a responder una petición de información si ésta no tiene un número de aprobación vigente de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). Tratamos de crear formularios e instrucciones precisas, fáciles de entender y que sean la mínima carga posible para usted. El tiempo promedio estimado para completar y presentar esta solicitud es de 15 horas. Si desea comentar la exactitud de esa estimación o sugerir cómo simplificar el formulario, escriba a la Oficina del Auxiliar Judicial, U.S. Department of Justice, 950 Pennsylvania Ave, NW, Washington, DC 20530; OMB No. 1105-0078 (**No** envíe su solicitud completa a esta dirección.)



Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de Septiembre de 2001  
Formulario de Compensación para Lesiones Personales  
Parte I - Elegibilidad y Solicitud de Beneficios Anticipados

SSN o # ID Nal. de la Víctima

□□□□ - □□□□ - □□□□□□

**COMPLETE POR FAVOR ESTE FORMULARIO A MÁQUINA O CON LETRA MAYÚSCULA DE MOLDE**

Si ya presentó un *Formulario de Elegibilidad y Solicitud de Beneficios Anticipados*, anote aquí su Número de Reclamo [Reclamo # \_\_\_\_\_] y pase directamente a la Parte II.

**Parte I. a - Información general de la Víctima**

Apellido de la Víctima \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Dirección, Línea 1 \_\_\_\_\_

Dirección, Línea 2 \_\_\_\_\_

Apartamento número \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_

ZIP/Código postal \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

País que expidió su pasaporte (si no es EE.UU.) \_\_\_\_\_ Número del pasaporte (si no es EE.UU. y lo tiene a la mano) \_\_\_\_\_

País del cual es ciudadano(a) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento de la Víctima (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_

Número telefónico (en el día) \_\_\_\_\_ Número telefónico (en la tarde y la noche) \_\_\_\_\_

**Parte I. b - Información sobre las circunstancias de la Víctima el 11 de septiembre de 2001**

¿La Víctima es un trabajador de rescate? Sí  No

**Ubicación de la Víctima cuando sufrió la lesión (marque una)**

- Pentágono
- World Trade Center
- Calle pública cerca del WTC (Anote qué calles cruza en las esquinas)

**Fecha y hora de la lesión**

Fecha (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ A.M.   
P.M.

Otro \_\_\_\_\_





Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de Septiembre de 2001  
Formulario de Compensación para Lesiones Personales  
Parte I - Elegibilidad y Solicitud de Beneficios Anticipados

SSN o # ID Nal. de la Víctima

				-				-				
--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

**Parte I. c - Información sobre la lesión física de la Víctima**

¿Fue atendida la Víctima por un profesional de la medicina dentro de las 24 horas siguientes al momento de la lesión o de su rescate?

Sí  No

Si respondió "No", ¿fue atendida la Víctima antes de 72 horas?

Sí  No

Explique la causa de la demora si no se le atendió dentro de las 24 horas siguientes:

---

---

---

¿Tuvo que ser hospitalizada la Víctima 24 horas o más por su lesión?

Sí  No

Si respondió "Sí", ¿por cuántos días?

¿La lesión física le provocó alguna discapacidad?

Sí  No

¿La lesión física le provocó alguna deformación?

Sí  No

¿La lesión física le provocó alguna invalidez?

Sí  No

Si respondió "Sí", ¿sufre una invalidez parcial o total?

Parcial  Total

¿La invalidez es temporal o permanente?

Temp.  Perm.

Describa en pocas palabras la índole de las lesiones físicas de la Víctima y adjunte copias certificadas de todos los registros o expedientes médicos que justifiquen su descripción.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Nota: si necesita más espacio para responder la Parte I.c, marque la casilla y continúe en otra copia de esta página



**Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de Septiembre de 2001  
Formulario de Compensación para Lesiones Personales  
Parte I - Elegibilidad y Solicitud de Beneficios Anticipados**

SSN o # ID Nal. de la Víctima    -   -

**Parte I. d - Información sobre el Tutor de la Víctima (si es aplicable)**

Si otra persona, distinta de la Víctima lesionada presenta este reclamo como tutor u otro representante legal autorizado, complete por favor lo siguiente (lea las instrucciones detalladas si desea más información):

# de Seguro Social o ID Nacional del Representante:

   -   -   

Relación del Representante con la Víctima:

Tutor      Otra explique \_\_\_\_\_

Apellido del Representante

Nombre

Segundo nombre

Dirección, Línea 1

Dirección, Línea 2

Apartamento Número

Ciudad

Estado/Provincia

Zip/Código postal

País

Número telefónico (en el día)

Número telefónico (en la tarde y la noche)

País del cual es ciudadano(a)

¿Permitirá usted que esa persona discuta este reclamo con el Auxiliar Judicial y/o el Fondo de Compensación para las Víctimas y reciba la correspondencia pertinente?      Sí       No

Si un abogado u otra persona autorizada ayuda a la Víctima en su reclamo, marque la casilla apropiada y anote la información abajo:

Abogado     Otro individuo      Si es otro, explique \_\_\_\_\_

Apellido del abogado

Nombre

Segundo Nombre

Nombre de la firma (si es aplicable)

Dirección, Línea 1

Dirección, Línea 2

Número de Suite

Ciudad

Estado/Provincia

Zip/Código postal

País

Número telefónico (en el día)

Número telefónico (en la tarde y la noche)

¿Permitirá usted que esa persona discuta este reclamo con el Auxiliar Judicial y/o el Fondo de Compensación para las Víctimas y reciba la correspondencia pertinente?      Sí       No



**Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de Septiembre de 2001  
Formulario de Compensación para Lesiones Personales  
Parte I - Elegibilidad y Solicitud de Beneficios Anticipados**

SSN o # ID Nal. de la Víctima    -   -

**Parte I. f - Elección de Beneficios Anticipados**

Las Víctimas lesionadas elegibles pueden solicitar Beneficios Anticipados de \$25.000 si la lesión física requirió hospitalización durante una semana o más.

¿Desea usted solicitar Beneficios Anticipados?

Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, continúe por favor. Si respondió No, pase a la Parte II.

- Por este medio certifico** que necesito el Beneficio Anticipado para aliviar mi problema económico, soy Víctima de una lesión física o tutor de la Víctima de una lesión física y no he recibido aún una suma mayor que los salarios perdidos de la Víctima más gastos médicos diversos de otras fuentes, como programas del gobierno o beneficios provistos por el empleador (excepto el dinero recibido de entidades benéficas financiadas por el sector privado).

**Método de pago de los Beneficios Anticipados**

El pago va dirigido a la Víctima. Marque una de las casillas de abajo (en general, un depósito directo es el camino más rápido para recibir el pago).

- Cheque** - Tome nota de que el cheque se enviará a la dirección que aparece en la Parte I. a
- Depósito directo/transferencia electrónica de fondos** (Sólo para bancos de EE.UU.) - Tome nota de que los pagos sólo se enviarán por giro telegráfico a la cuenta de la Víctima. **Adjunte por favor una copia de un cheque cancelado y complete los datos a continuación.**

Número de cuenta

- Ahorros  
 Cheques

Número de Routing ABA - *Puede averiguar este número si contacta con su Institución Financiera o si lo encuentra en la parte inferior de sus cheques. (Es el número de nueve dígitos que precede a su número de cuenta.)*

Nombre de la Institución Financiera

Dirección, línea 1

Dirección, línea 2

Ciudad

Estado

Zip/ Código postal

Número telefónico



Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de Septiembre de 2001  
Formulario de Compensación para Lesiones Personales  
Parte I - Elegibilidad y Solicitud de Beneficios Anticipados

SSN o # ID Nal. de la Víctima

				-				-				
--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

**Reconocimiento de Renuncia de Derechos (para Beneficios Anticipados)**

**Por este medio reconozco** que por el hecho de presentar substancialmente completa la *Parte I* del *Formulario de Elegibilidad y Solicitud de Beneficios Anticipados*, y solicitar los Beneficios Anticipados, estoy **renunciando** al derecho de entablar una acción civil (o tomar parte en la misma), en cualquier tribunal federal o estatal, por daños sufridos a causa de los impactos de los aviones en los actos terroristas del 11 de septiembre de 2001.

Sírvase tomar nota de que esta Renuncia de Derechos se podría aplicar a los derechos de otros individuos, además del Reclamante lesionado. Esta renuncia no se aplica a una acción civil para recuperar obligaciones de una fuente suplementaria o a una acción civil contra cualquier persona que haya participado a sabiendas en cualquier conspiración para secuestrar cualquier aeronave o cometer cualquier acto terrorista.

--

Firma del Reclamante

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha (mm/dd/aaaa)

**Documentación justificativa** - Lea por favor la Lista de Verificación de Documentos al final de este formulario para saber qué documentos tiene que anexar a su reclamación



**Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de Septiembre de 2001**  
**Formulario de Compensación para Lesiones Personales**  
**Parte II - Compensación**

SSN o # ID Nal. de la Víctima       -   -

La información que se pide en esta parte ayudará a definir el monto de la indemnización. Responda en forma completa todas las preguntas. Use hojas adicionales si necesita más espacio. Si es así, anote por favor en cada página el SSN o el # ID Nacional de la Víctima y el número de la Parte a la cual se añade esa información.

Elija por favor uno de los procedimientos de adjudicación que se describen aquí; marque una de las casillas. (Tome nota de que deberá presentar un paquete de reclamación completo, sin importar el procedimiento elegido.)

- Vía A - Esta vía incluye dos pasos. En el Paso 1, el reclamo es revisado y el Auxiliar Judicial calcula la indemnización presumida. En el paso 2, la Víctima tiene la opción de aceptar la indemnización o solicitar una audiencia para que se revise la indemnización presumida y para presentar información adicional.
- Vía B - En esta vía se lleva a cabo una audiencia para determinar el monto de la indemnización.

**Parte II. b - Historial de empleo de la Víctima**

Indique por favor su historial de empleo desde enero de 1999 hasta la fecha. Anote por favor todos los cambios de empleador, título de sus puestos y/o descripción de los mismos en este período. Si es independiente, escriba "Auto-empleado" en la casilla de Nombre y dirección del Empleador.

**Empleo desde el 11 de septiembre de 2001:**

Rango de fechas	Nombre y dirección del empleador	Teléfono del empleador
/ / al / /		
<b>Título y/o descripción puesto</b>		

**Empleo entre el 1 de enero de 1999 y el 11 de septiembre de 2001:**

Rango de fechas	Nombre y dirección del empleador	Teléfono del empleador
/ / al / /		
<b>Título y/o descripción puesto</b>		

Rango de fechas	Nombre y dirección del empleador	Teléfono del empleador
/ / al / /		
<b>Título y/o descripción puesto</b>		

Rango de fechas	Nombre y dirección del empleador	Teléfono del empleador
/ / al / /		
<b>Título y/o descripción puesto</b>		

Nota: si necesita más espacio para responder la Parte II.b, marque la casilla y continúe en otra copia de esta página



Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de Septiembre de 2001  
**Formulario de Compensación para Lesiones Personales**  
**Parte II - Compensación**

SSN o # ID Nal. de la Víctima    -   -

**Parte II. c - Dependientes**

Adjunte una copia de su declaración del impuesto federal o nacional en 2000 (si la presentó) donde aparezca la lista de sus dependientes.

Anote abajo el nombre de los dependientes que **no** aparecen en su declaración del impuesto federal/nacional 2000 (como los hijos nacidos o adoptados después del 31 de diciembre de 2000 o los hijos mencionados en la declaración presentada por separado por el [a] cónyuge) y explique su relación con la Víctima.

Nombre del dependiente (1º, 2º, apellido)	Fecha nacim. (mm/dd/aaaa)	SSN o # ID Nacional	Relación con la Víctima

Nota: si necesita más espacio para responder la Parte II.c, marque la casilla y continúe en otra copia de esta página

**Parte II. d - Información sobre seguros**

Informe por favor sobre cualquier seguro, beneficios de salud o discapacidad con los cuales esté protegida la Víctima lesionada.

Tipo de seguro	Nombre de la compañía	Grupo o individual	# Póliza o ID
Médico mayor		Grupo <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/>	
Beneficios sindicales		Grupo <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/>	
Medicare		Grupo <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/>	
Medicaid		Grupo <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/>	
Seguro, ingreso por discapacidad		Grupo <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/>	
Compensación del trabajador		Grupo <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/>	
Otro (describalo por favor)		Grupo <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/>	
Otro (describalo por favor)		Grupo <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/>	
Otro (describalo por favor)		Grupo <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/>	
Otro (describalo por favor)		Grupo <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/>	

Nota: si necesita más espacio para responder la Parte II.d, marque la casilla y continúe en otra copia de esta página



Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de Septiembre de 2001  
Formulario de Compensación para Lesiones Personales  
Parte II - Compensación

SSN o # ID Nal. de la Víctima

				-			-				
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

**Parte II. e - Pérdida de la Víctima por causas médicas**

¿Qué monto de gastos médicos directamente atribuible a una lesión que la Víctima sufrió en los ataques del 11 de septiembre no fue pagado o reembolsado?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Pérdida de gastos médicos hasta la fecha** - Describa abajo, por favor, cualesquier gastos médicos no pagados o reembolsados, incluyendo los de tratamientos de rehabilitación, capacitación vocacional, rehabilitación en el hogar, soporte vital y otros gastos de ese tipo.

--

**Gastos médicos futuros** - Describa abajo, por favor, cualquier gasto médico futuro previsto que no vaya a ser pagado, reembolsado o impartido por un programa de cuidado de la salud (por ej., el de la VA).

--

Nota: si necesita más espacio para responder la Parte II.e, marque la casilla y continúe en otra copia de esta página



Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de Septiembre de 2001  
Formulario de Compensación para Lesiones Personales  
Parte II - Compensación

SSN o # ID NaI. de la Víctima

				-			-				
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

**Parte II. f - Pérdida de ingresos de la Víctima hasta la fecha**

**Pérdida de ingresos** - Describa abajo, por favor, cualquier pérdida de ingresos y/u otros beneficios del trabajo que haya perdido ya a causa de la lesión (es decir, trabajo perdido por el cual no recibió ni recibirá remuneración). Adjunte documentación sobre ausencias sin paga del trabajo a causa de lesiones sufridas en, o como resultado de, los impactos de los aviones el 11 de septiembre.

**Servicios de reemplazo** - Describa abajo, por favor, todas las tareas al servicio del hogar que no haya podido realizar hasta hoy a causa de la lesión. Incluya información sobre el costo que implica pagar a alguien para que haga esos servicios por usted.

Nota: si necesita más espacio para responder la Parte II.f, marque la casilla y continúe en otra copia de esta página





Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de Septiembre de 2001  
Formulario de Compensación para Lesiones Personales  
Parte II - Compensación

SSN o # ID Nal. de la Víctima

			-			-				
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

**Parte II. g - Pérdida de ingresos futuros de la Víctima**

Complete la Parte II.g solamente si usted está padeciendo ahora de una discapacidad o si está tratando de obtener una compensación por futuras pérdidas de ingresos.

1) Condición médica - Discapacidad

Si su reclamo es por una discapacidad permanente, invalidez temporal actual o se debe a una incapacidad por la cual prevea una pérdida de ingresos en el futuro: 1) describa la índole de la discapacidad o invalidez, y 2) explique si cualquier agencia del gobierno, aseguradora, o médico ha hecho un dictamen con respecto a su discapacidad. Incluya por favor cualquier dictamen acerca de su posibilidad de trabajar en el futuro.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

2) Si su remuneración disminuyó a causa de la lesión, describa por favor su situación en el espacio de abajo:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Nota: si necesita más espacio para responder la Parte II.g, marque la casilla y continúe en otra copia de esta página



Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de Septiembre de 2001  
Formulario de Compensación para Lesiones Personales  
Parte II - Compensación

SSN o # ID Nal. de la Víctima

				-			-				
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

**3) Pérdida de ingresos futuros** - Si usted padece ahora de una discapacidad o invalidez, describa abajo por favor cualquier pérdida de ingresos que pueda prever a causa de dicha lesión. Explique por favor en qué forma va a afectar esa lesión su trabajo en el futuro. Favor de explicar si quedó usted en condiciones de regresar a su empleo anterior o a cualquier otro empleo.

**4) Pérdida por servicios futuros de reemplazo** - Describa abajo, por favor, cualesquier servicios domésticos que usted no será capaz de realizar en el futuro a causa de la lesión.

Nota: si necesita más espacio para responder la Parte II.g, marque la casilla y continúe en otra copia de esta página



**Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de Septiembre de 2001**  
**Formulario de Compensación para Lesiones Personales**  
**Parte II - Compensación**

SSN o # ID Nal. de la Víctima    -   -

**5) Información sobre compensación para Reclamantes discapacitados**

Si usted esta discapacitado(a) y prevé una pérdida de ingresos futuros a causa de su lesión, explique abajo, por favor, su historial completo de remuneraciones. La remuneración suele consistir en sueldo base y salarios, y también otras fuentes de ingreso devengado, como comisiones, bonificaciones, pagos de incentivo, etc. Tenga en cuenta que las fuentes de ingresos pasivas, como la renta que proviene del alquiler de propiedades o de las inversiones, no se incluyen en el cálculo. Si es una Víctima asalariada, indique por favor el sueldo base al final de cada año. Si la Víctima estaba empleada y auto-empleada, complete las dos líneas. Además, incluya por favor copias de toda la información de la declaración de impuestos (incluya los formularios W-2 y otros anexos) para el año fiscal 2000.

**Monto de la indemnización**

*(Indique la moneda si no son dólares de EE.UU. \_\_\_\_\_ )*

¿Era la Víctima auto-empleada? Si responde Sí, anote aquí el monto total de su remuneración anual.

<u>2002</u>	<u>2001</u>	<u>2000</u>	<u>1999</u>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si no era auto-empleada, anote aquí el **sueldo o salario base**.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Indique si la cifra que anotó es un monto anual, mensual, bimensual, semanal o por hora. \_\_\_\_\_

**Remuneración adicional** - Aporte por favor información de todas las demás formas de remuneración, incluyendo, pero no en forma exclusiva, pagos de incentivo, bonificaciones, horas extra, propinas, comisiones, diferenciales de turno, antigüedad y honorarios.

Si la Víctima era miembro de las fuerzas armadas - Incluya vivienda, subsistencia, TAD, realistamiento y otros tipos de remuneración según el rango. Sin embargo, si desea que el Auxiliar Judicial se base en las escalas publicadas de remuneración y beneficios, marque la casilla al final de esta declaración. Si es así, no es necesario que complete esta sección, pero adjunte una copia de la Licencia Militar y la Declaración de Ingresos de la Víctima que muestre el nivel de ingresos e información sobre los beneficios.

Deseo que se base en los datos publicados sobre la remuneración de los militares de EE.UU.

	<u>2002</u>	<u>2001</u>	<u>2000</u>	<u>1999</u>
Otra remuneración (describala por favor)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otra remuneración (describala por favor)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otra remuneración (describala por favor)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otra remuneración (describala por favor)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otra remuneración (describala por favor)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



**Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de Septiembre de 2001**  
**Formulario de Compensación para Lesiones Personales**  
**Parte II - Compensación**

SSN o # ID Nal. de la Víctima    -   -

**6) Información sobre los beneficios proporcionados por el Empleador**

Además de los datos que anotó arriba sobre la remuneración, el monto de la indemnización por la pérdida de ingresos futuros se basará en ciertos beneficios del empleo que la Víctima recibía de su empleador. Indique por favor ciertos detalles de las prestaciones que recibió por cuenta de su empleador en los años 2000 y 2001.

**Total de beneficios**

*(Indique la moneda si no son dólares de EE.UU. \_\_\_\_\_)*

**1. Prestaciones de salud** - Deducciones de nómina o costo de los beneficios de salud provistos por el empleador al empleado y a cualquier otra persona protegida (indique quién estaba cubierto):

- Sólo la Víctima
- o
- La Víctima y un dependiente
- o
- La Víctima y su familia

<u>2001</u>	<u>2000</u>

**2. Prestaciones de pensiones** - Adjunte: (a) un plan de pensiones o la sección del manual del empleado sobre ese tema y (b) declaración de pensiones reciente. Marque una:

- Plan de prestaciones definido (pensión mensual pagadera al retirarse) (Anote la fecha de contratación de la Víctima con su último empleador: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)
- Plan de contribución definido (cuánto aporta el empleador en cada período de pago) (Indique la contribución del empleador como % del salario: \_\_\_\_%)

**3. Contribución paralela del empleador a 401(k)/403(b)**

Contribuciones paralelas del empleador como % de la paga:

Monto real en dólares de la aportación paralela del empleador:

____%	____%

**4. Subsidio para transporte o automóvil de la compañía provisto por el empleador**

*Si se le dio auto, especifique en qué % era de uso personal*

____%	____%

**5. Derechos, afiliaciones a clubs provistos por el empleador**

*Indique si la cifra es anual, mensual, semanal, por hora, etc.*

_____	_____

**6. Subsidio para vivienda** (no militar) (Los subsidios militares se deben anotar en la página anterior.)

*Indique si la cifra es anual, mensual, semanal, por hora, etc.*

*¿El subsidio fue permanente o temporal?*

*Si fue temporal, ¿cuándo terminó?*

_____	_____

- Permanente
- Temporal

**7. Otras prestaciones que aporta el empleador** (describalas)

\_\_\_\_\_  
*Indique si la cifra es anual, mensual, semanal, por hora, etc.*

_____	_____

**8. Otras prestaciones que aporta el empleador** (describalas)

\_\_\_\_\_  
*Indique si la cifra es anual, mensual, semanal, por hora, etc.*

_____	_____



Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de Septiembre de 2001  
Formulario de Compensación para Lesiones Personales  
Parte II - Compensación

SSN o # ID NaI. de la Víctima    -   -

**Parte II. h - Compensación de fuentes suplementarias**

**Seguro Social y programas de compensación para trabajadores** - Identifique y describa por favor todos los pagos que la Víctima haya recibido, reciba o se hayan solicitado a la Administración de la Seguridad Social o a programas de compensación para trabajadores, a causa de la lesión de la Víctima. (Incluya beneficios de servicios uniformados similares al Seguro Social o a la compensación para trabajadores.) Adjunte cualquier solicitud y resolución pendiente al respecto.

**Otros Pagos** - Identifique y describa por favor cualesquier otros pagos, incluidos los de carácter médico, que la Víctima haya recibido como compensación por, o a raíz de la lesión (sin contar las contribuciones de organizaciones benéficas).

Nota: si necesita más espacio para responder la Parte II.h, marque la casilla y continúe en otra copia de esta página



Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de Septiembre de 2001  
Formulario de Compensación para Lesiones Personales  
Parte II - Compensación

SSN o # ID Nal. de la Víctima    -   -

**Parte II. i - Otra Información (opcional)**

Use por favor el espacio de abajo (y todas las páginas adicionales que necesite) para cualquier otra información que a su juicio pueda ser relevante para las circunstancias individuales de su reclamo, el cálculo de las pérdidas económicas y no económicas, y el de las compensaciones de fuentes suplementarias. Puede incluir también cualquier otro documento que no haya sido solicitado aún, pero que en su opinión pudiera ser relevante.

Marque esta casilla si necesita más espacio para contestar la Parte II.i y va a adjuntar páginas adicionales

**Documentación justificativa** - Lea por favor la Lista de Verificación de Documentos al final de este formulario para saber qué documentos tiene que anexar a su reclamación



Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de Septiembre de 2001  
Formulario de Compensación para Lesiones Personales  
Parte III - Atestaciones y Certificaciones

SSN o #ID Nal. de la Víctima    -   -

**Parte III. a - Notificación de la Ley de Confidencialidad**

El Departamento de Justicia está autorizado para reunir esta información bajo el Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de Septiembre de 2001, Título IV de la Ley Pública 107-42, 115 Estat. 230 ("Ley de la Seguridad en el Transporte Aéreo y la Estabilización del Sistema"). La información que usted presente en su reclamo es sólo para uso oficial del Departamento de Justicia de EE.UU. con el fin de determinar su elegibilidad para participar y el monto de indemnización que usted puede recibir en su reclamo al Fondo de Compensación para las Víctimas. Esta información se ofrece en forma voluntaria; sin embargo, el no dar la información completa puede ser causa de retrasos en el proceso o del rechazo de su reclamo. La información que usted presente sobre su reclamo sólo podrá ser divulgada por el Gobierno de acuerdo a lo dispuesto en la Ley de Confidencialidad.

**Parte III. b - Certificación de desestimación de toda demanda legal**

¿Usted o cualquier dependiente, cónyuge o beneficiario de la Víctima ha entablado una acción civil (o ha sido parte de ella) en cualquier tribunal federal o estatal relativa a, o surgida de, daños y perjuicios sufridos a causa de los impactos de aviones en los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 (salvo las acciones civiles para hacer cumplir las obligaciones de fuentes suplementarias o una acción civil contra cualquier persona que haya participado a sabiendas en cualquier conspiración para secuestrar cualquier aeronave o cometer cualquier acto terrorista)?

Sí  No  Si responde "Sí", ¿desestimó esa acción para el 21 de marzo de 2002? Sí  No

Anote aquí sus iniciales \_\_\_\_\_

*(anexe una prueba de desestimación, si procede)*

**Parte III. c - Reconocimiento de la renuncia de derechos**

Por este medio reconozco que al presentar un Formulario de Compensación para Lesiones Personales substancialmente completo **renuncio** al derecho de entablar una acción civil por daños y perjuicios (o ser parte de ella) en cualquier tribunal federal o estatal, si tales daños se produjeron a causa de los impactos de los aviones a raíz de los actos terroristas del 11 de septiembre de 2001.

Tome nota de que esta Renuncia de Derechos se puede aplicar a los derechos de otras personas y no sólo del Reclamante. Esta renuncia no es aplicable a una acción civil para hacer cumplir compromisos de una fuente suplementaria, ni a una demanda legal contra cualquier individuo que haya participado a sabiendas en cualquier conspiración para secuestrar cualquier aeronave o cometer cualquier acto terrorista.

Firma del Reclamante

Fecha (mm/dd/aaaa)



**Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de Septiembre de 2001**  
**Formulario de Compensación para Lesiones Personales**  
**Parte III - Atestaciones y Certificaciones**

SSN o #ID Nal. de la Víctima    -   -

**Parte III. d - Autorización para la divulgación de información**

**Yo autorizo** al Departamento de Justicia de EE.UU. para que reúna información en torno a mi reclamo, bajo el Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre de 2001 (Fondo de Compensación), ya sea de individuos, empleadores, hospitales, proveedores de servicios médicos, otras agencias federales, estatales o locales, entre ellas la Administración de la Seguridad Social y la Dirección General de Tributos de EE.UU., o de otras fuentes que posean información relativa a mi reclamo. Esa información puede incluir, pero no de modo exclusivo, datos de tipo médico, laboral y financiero acerca de mí o de la Víctima a quien yo represento.

**Así mismo, autorizo** al Departamento de Justicia de EE.UU. para que revele cualquier expediente o datos acerca de mi reclamo ante el Fondo de Compensación, a: contratistas de organismos que ayudan en la administración del Fondo de Compensación; otros organismos federales, estatales o locales, como el Departamento del Tesoro; y a otras personas o entidades que posean información relacionada con el reclamo, como médicos, proveedores de servicios de salud, aseguradoras y empleadores.

**Así mismo, autorizo** al Departamento de Justicia de EE.UU. para que publique mi nombre como el Reclamante que ha presentado un reclamo y el nombre de la Víctima para quien se trata de obtener una indemnización.

**Así mismo, autorizo** que se revele cualquier información relativa a mi reclamo, si dicha información indica una violación o una posible violación de la ley, incluso la presentación de reclamos fraudulentos ante cualquier autoridad de justicia civil o penal, u otro organismo apropiado a cargo de la tarea de investigar o litigar contra ese tipo de violación.

**Así mismo, autorizo** a las personas que tengan información pertinente a mi reclamo, a que revelen tal información a un representante debidamente acreditado del Departamento de Justicia, en la revisión de mi reclamo al Fondo de Compensación, a pesar de cualquier acuerdo anterior en sentido contrario. Las copias de esta autorización que tengan mi firma serán tan válidas como el original que yo firmé. Esta autorización será válida por un lapso de cinco (5) años desde la fecha de la firma o hasta que yo la dé por terminada por escrito, lo que ocurra primero.

**Así mismo, autorizo** al Auxiliar Judicial, al Departamento de Justicia de Estados Unidos o a los contratistas de organismos que ayudan en la administración del Fondo de Compensación a que contacten a mi abogado u otras personas autorizadas para actuar a mi nombre (si han sido identificadas en la Parte I.d o en la I.e) si el Auxiliar Judicial requiere información adicional o alguna aclaración acerca de mi reclamo.

**Certifico** que yo soy la persona cuyo nombre está escrito abajo (reclamante ante el Fondo de Compensación) y autorizo la divulgación de información, tal como se especifica más arriba.

**Firma del Reclamante**

Firma del Reclamante

Fecha (mm/dd/aaaa)

**Parte III. e - Certificación notarial de la exactitud de la información**

**Por este medio certifico** que la información contenida en esta solicitud es verdadera y exacta hasta donde yo lo puedo saber. Así mismo, estoy consciente de que las declaraciones o reclamaciones falsas que se hagan en relación con esta solicitud pueden ser causa de multas, cárcel y/o cualquier otra forma de reparación que el Gobierno Federal esté autorizado a aplicar, de acuerdo con la ley.

Firma del Reclamante (Firmese en presencia de un Notario Público)

Fecha (mm/dd/aaaa)

**Registro notarial oficial** - Por favor, haga que esta página sea certificada por un Notario Público (o su equivalente si el Representante Personal no es de EE.UU.). El Notario Público deberá imprimir su sello en esta página.

Firma del Notario Público

Fecha (mm/dd/aaaa)





**Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de Septiembre de 2001**  
**Formulario de Compensación para Lesiones Personales**  
**Parte IV – Lista de Verificación de la Documentación Justificativa**

SSN o # ID Nal. de la Víctima

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Para procesar su reclamo se necesitan ciertos documentos justificativos que respalden la información provista por usted. Esta lista de verificación fue elaborada para ayudarlo a usted a reunir esos documentos. Preséntela por favor junto con su reclamo.

<b>Documentación justificativa para la Parte I (elegibilidad)</b>	<i>¿Lo anexó?</i>	<i>Sólo para uso interno</i>
<p><b>Parte I.b -- Situación de la Víctima el 11 de septiembre de 2001 (requerida)</b>            Documentación para demostrar que la Víctima estaba presente en el sitio (Por ej., una declaración jurada del empleador de la Víctima, registros de empleo, expedientes médicos, registros del gobierno federal, estatal, de la ciudad o la localidad, u otra declaración jurada acerca de la presencia de la Víctima)</p>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
<p><b>Parte I.c -- Información sobre la lesión física de la Víctima (requerida)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentación de que usted fue herido físicamente en el sitio y que un profesional de la medicina lo atendió en las 24 horas siguientes a la lesión o el rescate, a menos que no se haya podido dar cuenta en seguida de la magnitud de sus lesiones o no haya habido un servicio apropiado el 11 de septiembre y haya buscado tratamiento en las 72 horas siguientes a la lesión o el rescate. (El Auxiliar Judicial puede prolongar a discreción el plazo para cada uno de los casos de personal de rescate, que por lo demás, cumplieron con este requisito, pero no buscaron atención médica en ese plazo de 72 horas.)           <ul style="list-style-type: none"> <li>Registros médicos <b>certificados</b> (de un hospital, clínica, médico u otro profesional de la medicina autorizado) <input type="checkbox"/></li> <li>Otros (descríbalos aquí) _____ <input type="checkbox"/></li> <li>Otros (descríbalos aquí) _____ <input type="checkbox"/></li> </ul> </li> <li>• Documentación de la índole y/o la gravedad de su lesión (Por ej., temporal o permanente): <input type="checkbox"/></li> <li>• Documentación sobre cualquier discapacidad:           <ul style="list-style-type: none"> <li align="right">Evaluación de un experto médico <input type="checkbox"/></li> <li align="center">Determinación de la Administración de la Seguridad Social <input type="checkbox"/></li> <li align="center">Determinación de una aseguradora privada <input type="checkbox"/></li> <li>Determinación de otra entidad de gobierno – federal, estatal, local u otra (descríbala aquí) _____ <input type="checkbox"/></li> <li>Otros (descríbalos aquí) _____ <input type="checkbox"/></li> <li>Otros (descríbalos aquí) _____ <input type="checkbox"/></li> </ul> </li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>



Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de Septiembre de 2001  
Formulario de Compensación para Lesiones Personales  
Parte IV – Lista de Verificación de la Documentación Justificativa

SSN o # ID Nal. de la Víctima

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Para procesar su reclamo, se necesitan ciertos documentos justificativos que sustenten la información provista por usted. Esta lista de verificación fue elaborada para ayudarle a usted a reunir esos documentos. Preséntela por favor junto con su reclamo.

<b>Documentación justificativa para la Parte I (continúa)</b>	<i>¿La anexó?</i>	<i>Sólo para uso interno</i>
<b>Otra documentación (opcional)</b>  Otros documentos que usted haya incluido para sustentar la Parte I:  Otros (describalos aquí) _____ <input type="checkbox"/> Otros (describalos aquí) _____ <input type="checkbox"/> Otros (describalos aquí) _____ <input type="checkbox"/> Otros (describalos aquí) _____ <input type="checkbox"/>		
<b>Parte I.f – Elección de Beneficios Anticipados (sólo si ha solicitado un depósito directo)</b>  Copia de un cheque cancelado	<input type="checkbox"/>	

<b>Documentación justificativa para la Parte II (compensación)</b>	<i>¿La anexó?</i>	<i>Sólo para uso interno</i>
<b>Parte II.c – Dependientes</b>  Copia de la Declaración del Impuesto Federal o Nacional en 2000	<input type="checkbox"/>	



Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de Septiembre de 2001  
**Formulario de Compensación para Lesiones Personales**  
 Parte IV – Lista de Verificación de la Documentación Justificativa

SSN o # ID Nal. de la Víctima

Documentación justificativa para la Parte II (compensación)	¿La anexó?	Sólo para uso interno
<p><b>Parte II.e – Pérdida Médica de la Víctima (requerida)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentación de todos los gastos médicos reclamados no reembolsados. <input type="checkbox"/></li> <li>• Documentación de todos los gastos médicos futuros reclamados que no serán reembolsados. <input type="checkbox"/></li> <li>• Información sobre seguros:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Documentación de la cobertura de su(s) seguro(s) de salud. <input type="checkbox"/></li> </ul> </li> </ul>		
<p><b>Parte II.f – Pérdida de ingresos de la Víctima hasta la fecha</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentación de la pérdida actual de ingresos (número de días perdidos que no se reembolsaron y pérdida de remuneración por ese concepto).           <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de días _____</li> <li>Declaración jurada del empleador <input type="checkbox"/></li> <li>Comprobantes de pago <input type="checkbox"/></li> <li>Carta de salario <input type="checkbox"/></li> <li>Estado de pagos al final del año <input type="checkbox"/></li> <li>Otros ( descríbalos aquí) _____ <input type="checkbox"/></li> <li>Otros ( descríbalos aquí) _____ <input type="checkbox"/></li> </ul> </li> </ul>		



Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de Septiembre de 2001  
**Formulario de Compensación para Lesiones Personales**  
 Parte IV – Lista de Verificación de la Documentación Justificativa

SSN o # ID Nal. de la Víctima

Documentación justificativa para la Parte II ( <i>continúa</i> )	¿La anexó?	Sólo para uso interno
<p><b>Parte II.g – Pérdida de ingresos de la Víctima en el futuro</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de ingresos futura (duración prevista y remuneración que se va a perder por ese concepto).            Duración _____            Informe de bonificaciones <input type="checkbox"/>            Declaración de beneficios de fin de año <input type="checkbox"/>            Declaración de pago de fin de año <input type="checkbox"/>            Otros (descríbalos aquí) _____ <input type="checkbox"/>            Otros (descríbalos aquí) _____ <input type="checkbox"/>            Otros (descríbalos aquí) _____ <input type="checkbox"/></li> </ul> <p><b>Información de compensación para Reclamantes discapacitados (sueldo base/salarios)</b></p> <p>Adjunte por favor prueba escrita del sueldo base y salarios de la Víctima en 2002, 2001, 2000 y 1999. Abajo se muestran ejemplos de los tipos de pruebas que puede incluir. <b>No es necesario que adjunte todos esos documentos para cada año.</b> Sólo se requiere un documento justificativo para cada año: el que, a su juicio, sustente mejor la información sobre compensación que anotó en el formulario:</p> <p>Declaración de pago de fin de año <input type="checkbox"/> '02 <input type="checkbox"/> '01 <input type="checkbox"/> '00 <input type="checkbox"/> '99</p> <p>Comprobantes de pago <input type="checkbox"/> '02 <input type="checkbox"/> '01 <input type="checkbox"/> '00 <input type="checkbox"/> '99</p> <p>Carta de salario <input type="checkbox"/> '02 <input type="checkbox"/> '01 <input type="checkbox"/> '00 <input type="checkbox"/> '99</p> <p>Otros (descríbalos aquí) _____ <input type="checkbox"/> '02 <input type="checkbox"/> '01 <input type="checkbox"/> '00 <input type="checkbox"/> '99</p> <p>Otros (descríbalos aquí) _____ <input type="checkbox"/> '02 <input type="checkbox"/> '01 <input type="checkbox"/> '00 <input type="checkbox"/> '99</p> <p>Información/declaración del impuesto (federal o nacional, estatal, local u otro) <input type="checkbox"/></p>		



Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de Septiembre de 2001  
**Formulario de Compensación para Lesiones Personales**  
 Parte IV – Lista de Verificación de la Documentación Justificativa

SSN o # ID Nal. de la Víctima

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Documentación justificativa para la Parte II (continúa)**

	¿La anexó?	Sólo para uso interno
<p><b>Información de compensación para Reclamantes discapacitados (compensación adicional)</b></p> <p>Adjunte por favor prueba escrita de las fuentes adicionales de remuneración que tuvo la Víctima en 2002, 2001, 2000 y 1999. Abajo verá ejemplos de los tipos de documentos que puede incluir. <b>No es necesario que adjunte todos esos documentos para cada año.</b> Sólo se requiere un documento justificativo para cada año: el que, a su juicio, sustente mejor la información sobre compensación que anotó en el formulario:</p>		
Declaración de pago de fin de año	'02 '01 '00 '99 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Informe de bonificaciones	'02 '01 '00 '99 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Informe de comisiones	'02 '01 '00 '99 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Comprobantes de horas extra	'02 '01 '00 '99 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Otros (describalos aquí) _____	'02 '01 '00 '99 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Otros (describalos aquí) _____	'02 '01 '00 '99 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Otros (describalos aquí) _____	'02 '01 '00 '99 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
<p><b>Beneficios proporcionados por el empleador</b></p> <p>Adjunte por favor prueba escrita de los beneficios provistos por el empleador en 2001 y 2000. Vea abajo varios ejemplos de beneficios. Marque por favor los que sean aplicables y para los que usted ha adjuntado documentación:</p>		
Documentación sobre beneficios de salud	'01 '00 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Descripción(es) del plan de pensiones	'01 '00 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Declaración(es) del plan de pensiones	'01 '00 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Transportación proporcionada por el empleador	'01 '00 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Documentación 401k	'01 '00 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Cuotas de clubs pagadas por el empleador	'01 '00 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Subsidios no militares para vivienda	'01 '00 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Otros (describalos aquí) _____	'01 '00 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Otros (describalos aquí) _____	'01 '00 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Otros (describalos aquí) _____	'01 '00 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____



Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de Septiembre de 2001  
**Formulario de Compensación para Lesiones Personales**  
 Parte IV – Lista de Verificación de la Documentación Justificativa

SSN o # ID Nal. de la Víctima

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>Documentación justificativa para la Parte II (continúa)</b>	<i>¿La anexó?</i>	<i>Sólo para uso interno</i>
<p><b>Parte II.h -- Compensación de Fuentes suplementarias (requerida)</b>            Adjunte por favor documentación para todas las fuentes suplementarias de compensación que la Víctima recibe o tiene derecho de recibir. Vea abajo varios ejemplos de fuentes suplementarias de compensación. Marque por favor las que sean aplicables y para las que usted ha adjuntado documentación:</p> <p style="text-align: right;">Seguro de discapacidad a corto plazo <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Seguro de discapacidad a largo plazo <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Seguro de compensación del trabajador <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Seguro Social <input type="checkbox"/></p> <p>Otros ( descríbalos aquí) _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Otros ( descríbalos aquí) _____ <input type="checkbox"/></p>		
<p><b>Parte II.i -- Otra información (opcional)</b>            Mencione por favor todos los documentos adicionales que haya incluido con el Formulario de Compensación y que, a su juicio, ayuden al Auxiliar Judicial a revisar su reclamo y considerar la situación individual de usted cuando determine el monto de su indemnización por daños económicos y no económicos.</p> <p>_____ <input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/></p>		

<b>Documentación justificativa para la Parte III (atestaciones y certificación)</b>	<i>¿La anexó?</i>	<i>Sólo para uso interno</i>
<p><b>Parte III.b -- Certificación de Desestimación de Acción Legal</b>            Prueba de desestimación (<i>sólo si es aplicable</i>)</p>	<input type="checkbox"/>	

Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de Septiembre de 2001  
**Prueba A del Formulario de Compensación para Lesiones Personales**  
**Autorización para la Divulgación de Registros Médicos**

**Instrucciones para el Reclamante** – Mencione por favor a todos los médicos y proveedores de servicios de salud que tomaron parte en el diagnóstico y el tratamiento de su lesión en la Sección 1. Copie por favor esta página y úsela para completar su respuesta si tiene que mencionar a más de cuatro proveedores de servicios de salud. Después, escriba por favor su nombre y dirección en letra de molde y firme en la casilla de la Sección 2.

**Sección 1** – Nombre y número telefónico de médicos y proveedores de servicios de salud

Autorizo por este medio a la persona o compañía, o a otro proveedor abajo mencionado, para que divulgue información confidencial sobre el reclamante cuyo nombre aparece más abajo:

Doctor/ Proveedor \_\_\_\_\_  
Doctor/ Proveedor \_\_\_\_\_  
Doctor/ Proveedor \_\_\_\_\_  
Doctor/ Proveedor \_\_\_\_\_

**Sección 2** – Información y firma del Reclamante

Apellido de la Víctima \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social de la Víctima \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento de la Víctima \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/ Provincia \_\_\_\_\_ Zip/ Código postal \_\_\_\_\_  
País \_\_\_\_\_

**Estoy consciente de que esta autorización es voluntaria** y que la información que se va a divulgar puede estar protegida por la ley. **Autorizo a la entidad siguiente para recibir información confidencial sobre mi persona:**

Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de Septiembre de 2001  
P.O. Box 18698  
Washington, DC 20036-8698

\_\_\_\_\_

Firma de la Víctima

**La información que se va a divulgar al Fondo de Compensación para las Víctimas incluye la de solicitud o inscripción, de elegibilidad, registros de reclamos, estatus de reclamos y registros médicos del paciente.**

**Entre la divulgación requerida habrá alguna que sea confidencial.** Si los registros incluyen reclamos u otra información sobre enfermedades crónicas, condiciones de la salud de comportamiento, como el abuso del alcohol u otras sustancias, enfermedades contagiosas, incluso VIH/SIDA, y/o información de marcador genético, esos registros se incluirán en la información que se pondrá a la disposición del Fondo de Compensación para las Víctimas.

**Tipo de cobertura** al cual se aplica esta autorización (el médico o proveedor de servicios de salud marcará todos los que le correspondan)

Médica       Discapacidad       Farmacia       Atención a largo plazo  
 Otra (especifique por favor) \_\_\_\_\_