



ATTORNEY GENERAL OF TEXAS  
GREG ABBOTT

# SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN A LAS VÍCTIMAS DEL CRIMEN EN TEXAS

- **Favor de leer las instrucciones en esta página antes de llenar la solicitud.** Leer las instrucciones le ayudará a completar cada sección correctamente.
- **Incluya toda la documentación posible.** Si tiene una copia del reporte policial, orden de protección con una declaración jurada, facturas del hospital o del médico, asegúrese de enviarlas con la solicitud.
- **Aunque no tenga estos documentos, no se espere para enviar la solicitud.** Envíe la solicitud tan pronto como la haya llenado. Junte toda la información adicional para que la tenga cuando le contactemos.
- **Guarde esta primera página** para que tenga nuestra dirección y número telefónico.
- **Después de llenar la solicitud envíela por correo a:**
  - Office of the Attorney General
  - Crime Victims' Compensation (011)
  - P.O. Box 12198
  - Austin, TX 78711-2198
- **Si su dirección o número telefónico cambian, es importante que nos lo deje saber.** El número telefónico gratuito para las víctimas, sus familiares y proveedores de servicios es **1-800-983-9933**. Las personas que llaman de **Austin** deben llamar al **936-1200**.
- **Si necesita ayuda para llenar la solicitud,** contacte al Enlace para las Víctimas del Crimen (Crime Victim Liaison) de su agencia policial local o al Coordinador de Asistencia para las Víctimas de la Oficina del Fiscal de Distrito (District Attorney's Victim Assistance Coordinator). El personal de Compensación a las Víctimas del Crimen también está disponible para ayudar o acuda a la página Internet en **www.oag.state.tx.us**.

**Note: If you have a question about this application or if you would like to receive a copy in English, please call the Crime Victims Compensation Division at 512-936-1200 or 1-800-983-9933.**

## INFORMACIÓN GENERAL

### ¿Qué es el Programa de Compensación a las Víctimas del Crimen?

- El programa brinda asistencia financiera a víctimas de crímenes violentos para gastos relacionados al crimen que no pueden reembolsar el seguro u otras fuentes.
- El programa es administrado por la Procuraduría General, la cual está comprometida a ayudar a las víctimas que califican según las pautas legales de la Ley de Compensación a las Víctimas del Crimen (Código de Procedimientos Penales de Texas, Capítulo 56) y los procedimientos establecidos en el 1 Código Administrativo de Texas, Parte III, Capítulo 61.
- El dinero en el Fondo de Compensación proviene de cuotas que pagan las personas que han sido convictas de un crimen.

### **¿Cuáles son los requisitos básicos de elegibilidad para recibir beneficios de compensación a las víctimas del crimen?**

- La víctima debe vivir en Texas; o vivir en Estados Unidos y haber sido víctima al encontrarse en Texas; o alguien que vive en Texas pero que fue víctima en otro estado o país, el cual no cuenta con un fondo de compensación.
- La víctima debe reportar el crimen a las autoridades dentro de un plazo de tiempo razonable de forma que no interfiera con la investigación o procesamiento de la ofensa, a menos que exista una razón válida por no hacer el reporte en un tiempo razonable.
- La víctima debe cooperar con los oficiales de la ley en la investigación y procesamiento del caso.
- Se podrían negar o reducir los beneficios si el comportamiento de la víctima contribuyó al crimen.
- Primero se deben utilizar todas las demás fuentes o reembolsos de fondos, incluyendo el Medicare y Medicaid, seguro médico personal, recuperación de una demanda civil o acuerdo, o restitución ordenada por la corte al programa de compensación.
- Se le debe notificar al Programa de Compensación cuando una demanda civil se presenta en relación al crimen o si se ordena restitución.

### **¿Quién podría calificar para recibir beneficios de Compensación a las Víctimas del Crimen?**

- Las víctimas de crímenes violentos que sufren una lesión emocional o corporal como resultado directo del crimen.
- Los dependientes de una víctima y familiares cercanos.
- Las personas que tienen una responsabilidad legal o que asumen la responsabilidad financiera por facturas o gastos cubiertos.

### **¿Quién no califica para recibir beneficios de Compensación a las Víctimas del Crimen?**

- El culpable, un cómplice o cualquier otra persona a la cual al recibir el beneficio enriquecería injustamente al culpable o cómplice.
- Cualquier persona involucrada en un accidente automovilístico, a menos que el conductor haya causado intencionalmente la lesión, estaba manejando en estado de ebriedad, no se detuvo para dar auxilio, o causó la lesión o muerte de la víctima debido a descuido penal (criminal negligence) u homicidio culposo (manslaughter).
- Cualquier persona que se encontraba encarcelada en una institución penal cuando ocurrió el crimen.
- Cualquier víctima o reclamante que entrega información falsa o falsificada al Programa de Compensación a las Víctimas del Crimen.

### **¿Cuáles gastos podrían estar cubiertos por los beneficios de Compensación a las Víctimas del Crimen?**

- Gastos razonables médicos, de hospital, asesoramiento o funerarios.
- Viaje de ida y vuelta a un funeral, si queda a más de 20 millas de retirado.
- Pérdida de ingresos por sufrimiento.
- Pérdida de ingresos o de manutención.
- Consejería para familiares cercanos de la víctima.
- Honorarios razonables de abogados para obtener ayuda para presentar la solicitud y obtener beneficios.
- Lentes, aparatos auditivos, dentaduras o aparatos prostéticos si resultaron dañados o son necesarios como resultado del crimen.
- Ciertos gastos relacionados a viajes necesarios.
- Gastos por la limpieza de la escena del crimen.
- Reemplazo de propiedad decomisada como prueba.
- Gastos necesarios relacionados a nuevas necesidades de cuidado de un menor o adulto dependiente.
- Gastos de mudanza que se pagan una sola vez para víctimas de violencia intrafamiliar o agresiones sexuales que ocurrió en la residencia de la víctima.

### **¿Cuáles gastos no son cubiertos bajo los beneficios de Compensación a las Víctimas del Crimen?**

- Daño o pérdida de propiedad.
- Dolor y sufrimiento.
- Gastos que no hayan resultado directamente del crimen.

### **Código Gubernamental de Texas Ann. §559.003(a) (Suplemento Vernon 2003)**

La División de la Procuraduría General para la Compensación a las Víctimas del Crimen (Crime Victims Compensation Division of the Office of the Attorney General) recauda información sobre las personas que llenan y presentan esta solicitud ante la Procuraduría General. Si usted lo solicita, tiene derecho a lo siguiente: A que se le informe sobre la información recolectada; a recibir y revisar la información; y a que la Procuraduría General lleve a cabo la corrección de información sobre usted que está incorrecta.

**Quédese con esta página, para sus archivos.**

# SOLICITUD DE COMPENSACIÓN A LAS VÍCTIMAS DEL CRIMEN

CVC Office use only – VC# \_\_\_\_\_ Application rec'd \_\_\_\_\_

Favor de escribir la información con claridad utilizando tinta negra o escribir a máquina. **FAVOR DE COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES.** Para contactar la División de Compensación y poder hablar sobre un reclamo que haya sido presentado, el nombre de la persona tiene que aparecer en la solicitud como víctima o reclamante.  
Si desea hablar con alguien en español, marque esta cajilla.  Español

**1. INFORMACIÓN SOBRE LA VÍCTIMA** - La víctima es la persona que fue lesionada o falleció como resultado del delito. Si la víctima es un menor de edad, también es necesario llenar la sección de información del reclamante a continuación. Si hay más de una víctima, cada víctima debe llenar una solicitud.

Apellido de la **Víctima**: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección de casa: \_\_\_\_\_ No. de Apartamento: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_  
Dirección de correo: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_  
Tel. De Casa: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Tel. De Trabajo: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Dirección del empleador: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Sexo: (marque una cajilla)  masculino  femenino  
¿Qué tipo de asistencia necesita? (Marque todos los que apliquen).  
 Pérdida de Ingresos  Pérdida de Manutención  Consejería  Funeral/Entierro  Mudanza  Viajes Relacionados al Delito  Cuidado de un Menor o un Dependiente  Limpieza de la Escena del Delito  Reemplazo de Propiedad Tomada Como Prueba  Médico  Dental  Otro: \_\_\_\_\_

**2. INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE**- El reclamante es una persona, la cual no es la víctima, que incurrió gastos directamente como resultado del delito, o un familiar cercano de la víctima que requiere consejería como resultado del crimen, o que tiene autoridad legal para actuar en nombre de la víctima.

Apellido del **Reclamante**: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección de casa: \_\_\_\_\_ No. de Apartamento: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_  
Dirección de correo: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_  
Tel. De Casa: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Tel. De Trabajo: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Dirección del empleador: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Sexo: (marque una cajilla)  masculino  femenino Relación a la víctima \_\_\_\_\_  
¿Qué tipo de asistencia necesita? (Marque todos los que apliquen).  
 Pérdida de Ingresos  Pérdida de Manutención  Consejería  Funeral/Entierro  Mudanza  Viajes Relacionados al Delito  Cuidado de un Menor o un Dependiente  Limpieza de la Escena del Delito  Reemplazo de Propiedad Tomada Como Prueba  Otro: \_\_\_\_\_

Apellido del **Reclamante**: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección de casa: \_\_\_\_\_ No. de Apartamento: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_  
Dirección de correo: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_  
Tel. De Casa: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Tel. De Trabajo: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Dirección del empleador: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Sexo: (marque una cajilla)  masculino  femenino Relación a la víctima \_\_\_\_\_  
¿Qué tipo de asistencia necesita? (Marque todos los que apliquen).  
 Pérdida de Ingresos  Pérdida de Manutención  Consejería  Funeral/Entierro  Mudanza  Viajes Relacionados al Delito  Cuidado de un Menor o un Dependiente  Limpieza de la Escena del Delito  Reemplazo de Propiedad Tomada Como Prueba  Otro

Apellido del **Reclamante**: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección de casa: \_\_\_\_\_ No. de Apartamento: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_  
Dirección de correo: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_  
Tel. De Casa: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Tel. De Trabajo: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Dirección del empleador: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Sexo: (marque una cajilla)  masculino  femenino Relación a la víctima \_\_\_\_\_  
¿Qué tipo de asistencia necesita? (Marque todos los que apliquen).  
 Pérdida de Ingresos  Pérdida de Manutención  Consejería  Funeral/Entierro  Mudanza  Viajes Relacionados al Delito  Cuidado de un Menor o un Dependiente  Limpieza de la Escena del Delito  Reemplazo de Propiedad Tomada Como Prueba  Otro

### 3. INFORMACIÓN SOBRE UNA DEMANDA CIVIL Y SOBRE SU ABOGADO

¿Ha antepuesto alguna demanda civil relacionada a este delito?  Sí  No (Marque uno)  
¿Planea presentar alguna demanda civil relacionada a este delito?  Sí  No (Marque uno)  
¿Ha contratado o piensa contratar a un abogado?  Sí  No (Marque uno)  
Si lo ha contratado, ¿Cuál es el nombre de su abogado? \_\_\_\_\_  
¿Cuál es el teléfono de su abogado? \_\_\_\_\_  
Dirección del abogado: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_  
¿Alguna vez se ha declarado en bancarrota?  Sí  No (Marque uno)

### 4. INFORMACIÓN SOBRE EL CRIMEN

**Complete** esta sección con todos los detalles que tenga disponibles. Es necesario **llenar** esta sección o su reclamo no será procesado.

¿En qué fecha ocurrió el delito? \_\_\_\_\_  
¿Cuál es el número del reporte policial (police report), si lo sabe? \_\_\_\_\_  
¿Cuál es el número de Servicios de Protección de Menores (Child Protective Service Number), si lo sabe? \_\_\_\_\_  
¿Cuál es el número del caso del fiscal (prosecutor case number), si lo sabe? \_\_\_\_\_  
¿Dónde ocurrió el delito? \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_  
¿Cuál es el nombre de la agencia policial que fue notificada sobre el delito? \_\_\_\_\_  
¿La víctima conocía al sospechoso?  Sí  No (Marque uno)

Si contestó "Sí", ¿cómo conocía la víctima al sospechoso? \_\_\_\_\_

¿Cómo se llama el sospechoso? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de delito ocurrió? Marque todas las cajillas que describan adecuadamente el tipo de delito que ocurrió:

Agresión sexual contra un adulto  Agresión sexual contra un menor  Abuso físico de un menor  Agresión (por alguien que no es miembro de la familia)

Agresión Agravada  Violencia Intrafamiliar  Manejar en Estado de Ebriedad (DWI) / Delito Usando un Vehículo

Abuso de un Anciano  Homicidio  Acoso  Secuestro

Otro: (favor de explicar) \_\_\_\_\_

Describe el delito y las lesiones, si es que existen. \_\_\_\_\_

**¿Ha presentado cargos contra el sospechoso en este caso?**  Sí  No (Marque uno)

Si este es un delito de violencia intrafamiliar, ¿ha obtenido una orden de protección permanente (permanent protective order)?  Sí  No (Marque uno)

Número asignado al caso por la corte: \_\_\_\_\_ Fecha en que entró en vigor la orden: \_\_\_\_\_

### 5. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEO DE LA VÍCTIMA E INFORMACIÓN MÉDICA

¿La víctima trabajaba en la fecha en que ocurrió el delito?  Sí  No (Marque uno)

¿Cómo se llamaba el empleador de la víctima en la fecha en que ocurrió el delito? \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Fax: ( \_\_\_ ) \_\_\_\_\_

¿La víctima trabajaba por su propia cuenta o por contrato diario en la fecha en que ocurrió el delito?  Sí  No (Marque uno)

Empleo de la víctima: \_\_\_\_\_

Cargo en el trabajo : \_\_\_\_\_

Si la víctima sostuvo lesiones, favor de incluir el nombre del hospital o médico que le atendió.

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Fax: ( \_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Fax: ( \_\_\_ ) \_\_\_\_\_

### 6. SEGURO Y FUENTES DE REEMBOLSO

Por ley, **usted debe usar primero todos los recursos disponibles de ayuda financiera o reembolsos** antes de recibir compensación a través del Fondo de Compensación a las Víctimas del Crimen. La División de Compensación a las Víctimas del Crimen primero debe verificar que usted ha solicitado ayuda de estas fuentes y la cantidad que recibió, si recibió alguna, antes de determinar el reembolso.

**Información de seguro de la víctima.** La víctima es la persona cuyo nombre aparece en la sección 1.

¿La víctima tiene acceso a alguna de las siguientes opciones? Marque todas las cajillas que apliquen.

**Si no aplica ninguna, marque aquí**

Medicare  Medicaid  Seguro Médico  Seguro Funerario  Compensación Laboral (Workers Compensation)

Seguro de Automóvil  Seguro de Casa  Seguro de Alquiler  Seguro por Discapacitación  Seguro Social

Beneficios para Veteranos  Seguro Dental  Otro \_\_\_\_\_

¿Cuál es el número de su cuenta de Medicare? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el número de su cuenta de Medicaid? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el nombre de su Compañía de Seguro Médico? \_\_\_\_\_

Dirección postal de la Compañía de Seguro Médico: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Póliza/Grupo: \_\_\_\_\_

Si el delito está relacionado a un vehículo, incluya el nombre de la compañía de seguro automovilístico y el número de póliza **de la víctima y del sospechoso**, si están disponibles. Incluya una copia de la tarjeta de seguro o información que muestre el tipo de cobertura (responsabilidad, PIP, UUMC, etc.)

Aseguradora del automóvil de la víctima: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del Ajustador: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Aseguradora del auto del sospechoso: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del Ajustador: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**Información de seguro del reclamante:** El reclamante es la persona que aparece en la sección 2.

¿El reclamante tiene acceso a alguna de las siguientes opciones? Marque todas las que apliquen. **Si no aplica ninguna, marque aquí**

Medicare  Medicaid  Seguro Médico  Seguro automovilístico  Seguro de Casa  Seguro de Alquiler

Otro: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el número de su cuenta de Medicare? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el número de su cuenta de Medicaid? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el nombre de su Compañía de Seguro Médico? \_\_\_\_\_

Dirección postal de la Compañía de Seguro Médico: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Póliza/Grupo: \_\_\_\_\_

## 7. INFORMACIÓN PARA EL DEPARTAMENTO DE JUSTICIA (DEPARTMENT OF JUSTICE)

Para cumplir con reglamentos del Departamento de Justicia de Estados Unidos, debemos recolectar la siguiente información sobre la víctima del crimen. Esta información solamente será usada para formular estadísticas. No será utilizada para determinar si la víctima califica para recibir beneficios de Compensación a las Víctimas del Crimen.

¿La víctima estaba discapacitada antes de que ocurriera el delito?  Sí  No (Marque uno)

La discapacidad es  Física  Mental

¿La víctima quedó discapacitada como resultado del crimen?  Sí  No (Marque uno)

¿Cuál es el grupo étnico de la víctima?  Nativo Americano  Nativo de Alaska  Afro Americano

Hispano  Blanco  Asiático o de las islas del Pacífico  Otro: \_\_\_\_\_ (Marque uno)

¿Qué es su origen nacional (en qué país nació)? \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró acerca del Programa de Compensación a las Víctimas? (Marque todos los que apliquen)

Anuncio de Servicio al Público  Personal de la División de Compensación  Grupo de Defensa

Programa de Asistencia a las Víctimas  Cartel  Folleto  Hospital  Entidad Policial

Otro: \_\_\_\_\_

(Marque todos los que apliquen)

# DECLARACIÓN JURADA IMPORTANTE

Esta declaración jurada es parte de su solicitud y debe llenarla completamente y firmarla antes de que se pueda procesar su solicitud. **LEA TODO ANTES DE FIRMAR ABAJO.**

**ACUERDO DE SUBROGACIÓN.** Conforme al Código de Texas de Procedimientos Penales (Texas Code of Criminal Procedure), Artículo 56.52, me conformo a informar a la División de la Procuraduría General de Compensación a Víctimas del Crimen (Crime Victims Compensation Division of the Office of the Attorney General, CVC), por escrito, antes de entablar una demanda civil por este delito. Asimismo, me comprometo a no aceptar ningún acuerdo o resolver dicha acción legal, sin antes obtener la autorización de la División para la Compensación a Víctimas del Crimen por escrito. Si recupero o anticipo recuperar cualquier cantidad a través de un dictamen judicial, acuerdo legal, restitución o fuente colateral como resultado del incidente que forma la base de este reclamo, me conformo a notificarle y/o reembolsar a la División para la Compensación a Víctimas del Crimen, cualquier cantidad del fondo que me haya sido otorgada como parte de este reclamo. Me conformo a que el Condado de Travis, Texas, será la jurisdicción en que se tramitará toda acción legal entre mi persona y la Procuraduría General que surja como resultado de esta petición.

**AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN.** Por medio de la presente, autorizo a cualquier institución financiera, agencia de servicio social, agencia gubernamental, hospital, médico, instalación para salud mental, consejero, psicólogo, psiquiatra, empleador, asegurador, o cualquier persona con información relacionada al estado financiero, médico y de empleo, a entregar información relacionada a esta solicitud para beneficios a los empleados de la División de la Procuraduría General de Texas de Compensación a Víctimas del Crimen, según sea necesario para poder procesar esta solicitud. Esta información debe incluir, pero no está limitada a, informes financieros y de empleo, diagnósticos médicos, y datos sobre tratamiento. Una copia firmada de esta autorización se considera equivalente a la original.

**AFIRMACIÓN Y AUTORIZACIÓN.** Juro y afirmo bajo pena de perjurio según las leyes del Estado de Texas (Código Penal §37.02), que la información proporcionada en la Solicitud para Compensación a las Víctimas del Crimen en Texas, y cualquier información adicional que yo proporcione es verídica y correcta. Comprendo que el Procurador General del Estado de Texas, o cualquier agente o representante de su oficina, tiene el derecho de verificar la información que se haya proporcionado. Entiendo que si se presenta intencionalmente información falsa, engañosa o incompleta, mi solicitud para todos los beneficios será negada y yo podría enfrentar castigos penales según el Código Penal de Texas y penas administrativas según lo dispuesto por el Capítulo 56 del Código de Procedimientos Penales.

## LA VÍCTIMA O EL RECLAMANTE DEBE FIRMAR A CONTINUACIÓN PARA PODER PROCESAR LA SOLICITUD

Firma de la Víctima: **X** \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social de la Víctima : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Si la víctima no puede firmar la solicitud (al ser un menor o un adulto discapacitado), el reclamante debe firmar aquí para que se pueda tramitar esta solicitud.

Firma del Reclamante: **X** \_\_\_\_\_

Relación a la Víctima: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social del Reclamante: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Si alguien le ayudó a llenar esta solicitud, incluya su nombre y número de teléfono a continuación.

Nombre: \_\_\_\_\_

Agencia/Organización: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

# ELECCIÓN DE CONFIDENCIALIDAD DE LA VÍCTIMA

La sección 552.132 de la Ley de Información Pública le permite a la víctima de un crimen elegir mantener confidencial cierta información que le identifique presentada en una solicitud de compensación. La información que se puede mantener confidencial incluye el nombre, dirección, número telefónico, o número de Seguro Social de la víctima y cualquier otra información que pueda identificar a la víctima. Sin embargo, a pesar de la elección de mantener información confidencial, si se entrega un beneficio de compensación, la Sección 552.132(e) requiere acceso público a la cantidad otorgada como compensación y al nombre de la víctima, pero no a cualquier otra información que identifique a la persona.

Si usted es la víctima del crimen, favor de elegir aquí:

## SÓLO MARQUE UNA CAJILLA EN ESTA PÁGINA

- Le indico a la Procuraduría General que NO ENTREGUE información que me identifique al público.
- Autorizo a la Procuraduría General que SÍ ENTREGUE información que me identifique al público.

**X**

(Firma)

(Nombre en letra de molde)

# ELECCIÓN DE CONFIDENCIALIDAD DEL PADRE, TUTOR LEGAL O REPRESENTANTE LEGAL

Si usted es (1) el Padre, Tutor Legal o Representante Legal de la víctima de un delito que es menor de edad, o (2) el representante legal de un adulto discapacitado, favor de elegir aquí:

## SÓLO MARQUE UNA CAJILLA EN ESTA PÁGINA

- Le indico a la Procuraduría General que NO ENTREGUE información al público que identifique a mi hijo o representado legal.
- Autorizo a la Procuraduría General que SÍ ENTREGUE información al público que identifique a mi hijo o representado legal.

**X**

(Firma)

(Nombre en letra de molde)

(Relación con la víctima)