

Si usted es víctima de un crimen violento, tiene ciertos derechos bajo las leyes de Massachusetts, y puede ser elegible para ciertos servicios.

Para más información sobre los derechos para las víctimas de crímenes violentos, comuníquese con el Programa de Asistencia para Víctimas y Testigos en la Oficina de Fiscal de Distrito local o una de las siguientes agencias gubernamentales.

**OFICINA DEL FISCAL DE DISTRITO
PROGRAMA PARA VÍCTIMAS Y TESTIGOS
DE CRÍMENES VIOLENTOS**

Berkshire County	(413) 443-3500
Bristol County	(508) 997-0711
Cape and Islands	(508) 362-8103
Essex County	(978) 745-6610
Hampden County	(413) 747-1000
Middlesex County	(617) 679-6500
Norfolk County	(781) 830-4800
Northwestern District	(413) 586-5780
Plymouth County	(508) 894-6309
Suffolk County	(617) 619-4000
Worcester County	(508) 792-0214

**PROGRAMAS DE ASISTENCIA PARA
VÍCTIMAS A TRAVÉS DEL ESTADO**

Oficina del Procurador General	(617) 727-2200
Oficina de Asistencia para Víctimas	(617) 727-5200
Departamento de Probatoria (Libertad Condicional)	(617) 727-3271
Departamento de Historia Criminal	(617) 660-4690
Oficina del Procurador Federal de los Estados Unidos	(617) 748-3100
Departamento de los Servicios de la Juventud	(617) 960-3290
Departamento de Correcciones	(866) 684-2846

Este documento está disponible en formatos alternativos para personas con incapacidades

COMPENSACIÓN PARA VÍCTIMAS

Asistencia Financiera Para Víctimas del Crimen en el Estado de Massachusetts

OFICINA DEL PROCURADOR GENERAL MARTHA COAKLEY
DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN
Y ASISTENCIA PARA VÍCTIMAS
ONE ASHBURTON PLACE
BOSTON, MA 02108
(617) 727-2200
TTY: (617) 727-4765
WWW.MASS.GOV/AGO
(Spanish Translation)

Estimado solicitante,

Los malos tratos tienen un impacto devastador en la vida de una persona. Los consecuentes daños físicos y psicológicos pueden afectar su capacidad para trabajar, ir a clase y alcanzar sus metas y aspiraciones personales. A menudo, las víctimas necesitan recibir tratamiento con el fin de aliviar los daños provocados por los malos tratos que han recibido de otra persona. Los gastos económicos que ello conlleva –tras perder a un ser querido, para cuidados médicos y odontológicos, para ayuda psicológica, y a causa de secuelas que derivan en la incapacidad para trabajar– no deben emplearse como excusa para criticar a los que sufren malos tratos.

Como Procuradora General, me dedico a representar a las víctimas de violencia doméstica y a ofrecerles los medios y el apoyo que necesitan para empezar el proceso de curación. Nuestro Programa de Compensación de Víctimas es un servicio que trabaja duramente para que así ocurra. Facilitamos ayuda económica a las víctimas pertinentes para cubrir los gastos médicos y odontológicos, de consulta psicológica, funerarios y de entierro, y de pérdida de salario a causa de la incapacidad laboral. Nuestro departamento emplea fondos obtenidos de los agresores y puede ayudarle con los gastos hasta un máximo de \$25,000 por agresión. El experimentado personal con el que contamos le ayudará a conocer sus derechos como víctima de violencia doméstica, a determinar la indemnización correspondiente y a señalar qué otros servicios de ayuda se encuentran disponibles.

Si usted o uno de sus seres queridos ha sido víctima de malos tratos, por favor tómese su tiempo para leer este folleto y ponerse en contacto con nuestro Programa de Compensación de Víctimas para que le proporcione ayuda.

Cordialmente,

Martha Coakley
Procuradora General



¿Quién es eligible?

- * Víctimas de crímenes violentos cometidos en Massachusetts
- * Dependientes y familiares de víctimas de homicidio.
- * Cualquier persona responsable por los gastos funerarios de una víctima de homicidio

¿Cuáles son los requisitos?

- * El crimen debe de ser reportado a la policía dentro de cinco días, a menos que haya una buena excusa por la demora.
- * Usted debe cooperar con los oficiales de la ley en la investigación y proceso judicial del crimen, a menos que haya una excusa razonable para no cooperar.
- * Usted debe solicitar compensación dentro de tres años de ocurrido el crimen. Víctimas menores de 18 años al momento del crimen, pueden solicitar hasta la edad de 21 años, o más tarde en ciertas circunstancias limitadas.
- * Sus gastos de bolsillo tienen que exceder más de \$100, a menos que usted sea mayor de 60 años o sea una víctima de violación sexual.

¿Que Gastos Cubre?

Si sus fondos o seguros no cubren sus gastos, usted puede ser reembolsado por:

- * gastos médicos o dentales (incluyendo equipo, provisiones y medicamentos)
- * gastos de consultoría (para víctimas, familiares de víctimas de homicidio, y menores que han sido testigos de violencia, contra un miembro de la familia).
- * gastos funerarios/entierro hasta \$4,000.
- * pérdida de salario (para víctimas solamente).
- * pérdida de apoyo financiero (para dependientes de víctimas de homicidio).
- * gastos de amas de casa.
- * **gastos no cubiertos:** pérdida de propiedad, compensación por dolor y sufrimiento y toda otras pérdidas.

¿Cómo solicito?

- * Llene la solicitud y devuélvala a PCVCV para verificación. En general, usted recibirá una decisión entre 4 a 6 meses.
- * Su reclamación puede volverse a iniciar para cubrir futuros gastos.

Solicitud para Compensación de Víctimas de Crímenes Violentos

(Favor de utilizar letra de molde y llenar ambos lados)

For AGO use only:

VC #

I. Información sobre la Víctima

Nombre de la víctima _____ Femenino _____ Masculino _____
 Dirección _____ Teléfono del hogar () _____
 Ciudad/Estado _____ ZIP _____ Teléfono del trabajo () _____
 Fecha de nacimiento _____ Edad en el momento del incidente _____ NSS _____ - _____ - _____

II. Información sobre el Solicitante

Si el solicitante es la víctima, y es mayor de 18 años, llene la solicitud; si la víctima es menor de 18 años, la solicitud debe ser llenada por padres o guardianes.

Nombre del solicitante _____ Femenino _____ Masculino _____
 Dirección _____ Teléfono del hogar () _____
 Ciudad/Estado _____ ZIP _____ Teléfono del trabajo () _____
 Fecha de nacimiento _____ Parentesco con la víctima _____ NSS _____ - _____ - _____

Si llena el nombre de dependiente(s) que son menor(es) de edad y son dependientes de una víctima de homicidio, indique parentesco _____

III. Información sobre el Crimen

Tipo de crimen:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> robo armado | <input type="checkbox"/> incendio provocado | <input type="checkbox"/> agresión (no familia) | <input type="checkbox"/> abuso físico o sexual a menores |
| <input type="checkbox"/> violencia domestica | <input type="checkbox"/> guiar auto embriagado | <input type="checkbox"/> otros automóvil | <input type="checkbox"/> homicidio |
| <input type="checkbox"/> secuestro | <input type="checkbox"/> agresión sexual | <input type="checkbox"/> seguir a persona | <input type="checkbox"/> otros _____ |

Lugar exacto del crimen _____ Ciudad/Estado _____

Fecha del crimen _____ Fecha reportado (crimen) _____

(Si el crimen no fué reportado dentro de 5 días, favor de explicar la razón en una declaración adjunta.)

Nombre del Departamento de Policía _____ Nombre del oficial investigador _____

Nombre de persona(s) que cometió el crimen si es conocido _____

Si usted ha sido atendido por un intercesor(a) de víctima en la corte u oficina del fiscal de distrito, favor de proveer nombre y teléfono del intercesor(a) _____

Describe brevemente las circunstancias del crimen _____

IV. Gastos

Indique tipos de gastos por los cuales usted solicita compensación:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> gastos médicos* | <input type="checkbox"/> efectos médicos/farmacéuticos* | <input type="checkbox"/> gastos de consulta para la víctima* |
| <input type="checkbox"/> servicios funerarios/entierro* | <input type="checkbox"/> gastos de consulta para parientes de víctimas de homicidio* | <input type="checkbox"/> pérdida de apoyo financiero (para dependientes de víctimas de homicidio) |
| <input type="checkbox"/> servicios dentales* | <input type="checkbox"/> pérdida de salario (para víctima solamente) | <input type="checkbox"/> gastos de consulta para menores que son testigos de violencia contra un miembro de la familia* |
| <input type="checkbox"/> gastos de ama de casa* | | |

*Adjunte copias de cuentas y/o recibos.

Nombre de funeraria _____

Dirección _____ Teléfono _____

V. Pérdida de Ingresos

Llenar si busca pérdida de salario o apoyo financiero.

Nombre de Patron _____ Persona a llamar _____ Teléfono _____
Dirección _____ Ciudad/Estado _____ ZIP _____

Si la víctima ha regresado o regresará al trabajo, estimar período de incapacidad. _____

Completar solamente si está solicitando apoyo financiero para dependiente(s) de víctima de homicidio:

Nombre de dependiente(s)	Fecha de nacimiento	NSS	Parentesco con la víctima
_____	_____	- -	_____
_____	_____	- -	_____
_____	_____	- -	_____
_____	_____	- -	_____

VI. Otras Fuentes de Asistencia Financiera

Marcar todas las posibles fuentes para pagos de gastos total o parcial.

- seguros médicos
- "Cuidado gratis" en el hospital
- Compensación laboral
- seguro de vida o accidente
- beneficios de desempleo
- beneficios públicos (welfare, Medicare, Medicaid, SSDI)
- seguro de automóvil
- beneficios por incapacidad
- restitución
- otro (favor especificar) _____

Nombres de las compañías de seguro aplicable _____

Dirección _____ Teléfono _____ Número de póliza _____

¿Usted ha iniciado una demanda o piensa iniciar un demanda civil? Sí _____ No _____ No está seguro _____

Si la respuesta es sí, nombre de abogado _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad/Estado _____ ZIP _____

VII. Información Opcional

Para propósitos estadísticos solamente.

- Raza/grupo étnico de la víctima:
- Blanca
 - Negra
 - Hispano
 - Indio Americano
 - Asiático
 - Otro
 - No deseo contestar la pregunta

¿Quien lo refirió a la División de Compensación Y Asistencia Para Víctimas? _____

Declaración de Reconocimiento y Autorización

Yo entiendo que el Fondo De Compensación para Víctimas es un fondo de último recurso. Prometo informarle a la División de cualquier dinero o recompensa que yo he recibido o recibiré de cualquier otra fuente de recursos financieros por los gastos o pérdidas por los cuales he solicitado compensación, y reembolsarle al estado esos fondos inmediatamente.

Yo autorizo a cualquier hospital, facilidad médica, doctor, proveedor de servicios mentales/emocionales, compañía de seguro, jefe/patrón, persona o agencia, que de información a la División de Compensación Para Víctimas. Yo entiendo que la información va a usarse para hacer una determinación en mi reclamo de fondos de compensación. Yo no autorizo el uso o la revelación de ésta información a cualquier otra persona o entidad, para ningún otro propósito. Una fotocopia de ésta autorización es tan válida como la original. Esta autorización expira al llegar a una determinación final y al completarse todos los requisitos bajo G.L. c. 258C y 940 CMR 14.00.

Yo certifico, bajo las penalidades de perjurio, que la información en ésta solicitud es veraz y correcta hasta lo mejor de mi conocimiento y creencia.

X _____ Fecha _____
Firma del solicitante (padre o guardián si la víctima is menor)