



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 la haya llenado. Reúna toda la información adicional para que la tenga cuando le contactemos.

**Quédese con 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 (800) 983-9933. Las personas que llaman desde **Austin** deben llamar al **(512) 936-1200**.

**Si necesita ayuda para llenar la solicitud,** entre en contacto con el 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 extender ayuda por teléfono. Usted también puede acudir a la página Internet [www.oag.state.tx.us](http://www.oag.state.tx.us) para mayor información sobre el programa.

**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 (800) 983-9933.**

## INFORMACIÓN GENERAL

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

- El programa podría proporcionar ayuda 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, y está comprometido a ayudar a las víctimas elegibles. Esta información es proporcionada como información general. El programa es gobernado por los requisitos de la Ley de Compensación a las Víctimas del Crimen (Código de Procedimientos Penales de Texas, Capítulo 56) y las normas establecidas en el Título 1 del 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 sus posesiones, el Distrito de Columbia, o Puerto Rico 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 del delito, 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 o del reclamante 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 indemnización 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 indemnización.

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

- Las víctimas de crímenes violentos que sufren daño emocional o corporal como resultado directo del crimen
- Los dependientes de una víctima y familiares cercanos
- Las personas que legal o voluntariamente asumen la responsabilidad financiera por facturas o gastos de la víctima que sean relacionados al crimen

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

- El que cometió el crimen, un cómplice o cualquier otra persona a la cual al recibir el beneficio enriquecería injustamente al delincuente 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 y necesarios médicos, de hospital, asesoramiento o funerarios
- Viaje por médico, a la corte o funeral, si queda a más de 20 millas de retirado
- Pérdida de ingresos por sufrimiento
- Pérdida de ingresos por discapacidad relacionada al crimen, citas programadas ante la corte o médicas
- Pérdida de manutención para dependientes de víctimas de homicidio y violencia intrafamiliar
- Consejería para familiares cercanos de la víctima
- Lentes, aparatos auditivos, dentaduras o aparatos prostéticos, si resultaron dañados o son necesarios como resultado del crimen
- Gastos por la limpieza de la escena del crimen
- Reemplazo de propiedad decomisada como prueba
- Nuevos gastos para el cuidado de un menor o adulto dependiente
- Gastos de renta y mudanza que se pagan una sola vez para víctimas de violencia intrafamiliar o víctimas de agresión sexual que ocurrió en el domicilio de la víctima
- Honorarios razonables de abogados para obtener ayuda para presentar la solicitud y obtener beneficios

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

- Daños, reparación o pérdida de propiedad
- Daños por dolor, sufrimiento o angustia emocional
- Todo gasto que no sea un resultado directo del crimen

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

El Programa de la Procuraduría General para la Compensación a las Víctimas del Crimen (Office of the Attorney General, Crime Victims' Compensation Program) 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.

# 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 el Programa 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 este cuadro.*  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.

¿La víctima ha presentado anteriormente una solicitud para beneficios de compensación a las víctimas del crimen?  Sí  No

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: \_\_\_\_\_

¿La víctima tiene número de Seguro Social?  Sí  No Si tiene tal número, escríbalo: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Sexo (marque uno)  masculino  femenino Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de ayuda 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  Otra ayuda \_\_\_\_\_

**2. INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE** - El reclamante es una persona, la cual no es la víctima, que ha incurrido 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: \_\_\_\_\_

¿El Reclamante tiene número de Seguro Social?  Sí  No Si tiene tal número, escríbalo: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Sexo (marque un cuadro)  masculino  femenino Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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  Otra ayuda

*Pase a la siguiente página si desea incluir más información. Nota: Si hay más de 3 reclamantes, favor de incluirlos en una lista usando otra página.*

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: \_\_\_\_\_  
¿El Reclamante tiene número de Seguro Social?  Sí  No Si tiene tal número, escríbalo: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Sexo (marque uno)  masculino  femenino Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
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  Otra ayuda

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: \_\_\_\_\_  
¿El Reclamante tiene número de Seguro Social?  Sí  No Si tiene tal número, escríbalo: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Sexo (marque uno)  masculino  femenino Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
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  Otra ayuda

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

¿Ha antepuesto alguna demanda civil relacionada a este delito? (Marque uno)  Sí  No  
Si ha respondido "Sí", ¿contra quién ha antepuesto la demanda civil? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
¿Planea presentar alguna demanda civil relacionada a este delito? (Marque uno)  Sí  No  
¿Ha contratado o ha obtenido un abogado para presentar una demanda? (Marque uno)  Sí  No  
¿Ha contratado o ha obtenido un abogado para ayudarle con esta solicitud? (Marque uno)  Sí  No  
Si lo ha contratado, ¿quién es el abogado? \_\_\_\_\_  
¿Cuál es el teléfono de su abogado? (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Dirección del abogado: \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Código Postal \_\_\_\_\_  
¿Ha recibido un pago debido a una demanda o seguro relacionado a este delito? (Marque uno)  Sí  No  
¿Se ha declarado en bancarrota o piensa hacerlo a partir de la fecha en que se cometió el delito? (Marque uno)  Sí  No

**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 caso del departamento de Servicios de Protección de Menores (Child Protective Services Case 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? (Marque uno)  Sí  No

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

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

¿Qué tipo de delito ocurrió? Marque todas los cuadros 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
- Manejo en Estado de Ebriedad (DWI) / Un delito Usando un Vehículo  Abuso de un Anciano  Homicidio
- Acoso  Secuestro  Otro (favor de explicar)

¿El delito ocurrió en el lugar de empleo? (Marque uno)  Sí  No

Describa el delito y las lesiones.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

Si este es un delito de violencia intrafamiliar y han ocurrido incidentes anteriores, favor de proporcionar las fechas y las agencias policiales a la cual fueron reportados. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha obtenido una orden de protección permanente? (Marque uno)  Sí  No

Número asignado al caso por la corte: \_\_\_\_\_

Fecha en que entró en vigor la orden: \_\_\_\_\_

**5. INFORMACIÓN PARA EL DEPARTAMENTO DE JUSTICIA (DEPARTMENT OF JUSTICE)**

Para cumplir con reglamentos del Departamento de Justicia de Estados Unidos, debemos recopilar la siguiente información sobre la víctima del crimen. Esta información solamente se utilizará para formular estadísticas. No se utilizará 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? (Marque uno)  Sí  No

La discapacidad es  Física  Mental

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

¿Cuál es el grupo étnico de la víctima? (Marque uno)

Nativo Americano  Nativo de Alaska  Afro Americano  Hispano  Blanco  Asiático o de las islas del Pacífico

Otro

¿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  Internet  Otro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Si alguien le ayudó a llenar esta solicitud, favor de proporcionar el nombre e información de contacto de tal persona aquí.**

Nombre \_\_\_\_\_

Agencia/Organización \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**6. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEO DE LA VÍCTIMA E INFORMACIÓN MÉDICA**

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

¿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? \_\_\_\_\_

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 (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_

## 7. SEGURO Y FUENTES DE REEMBOLSO

Por ley, **usted debe primero usar 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 uno)  Sí  No

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: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el nombre de la compañía de seguro dental? \_\_\_\_\_

Dirección postal de la compañía de seguro dental: \_\_\_\_\_

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

Número de Póliza Dental/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.)

La Compañía de Seguro Automovilístico de la víctima: \_\_\_\_\_

Número de Póliza/Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del Tasador: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

La Compañía de Seguro Automovilístico del Sospechoso:

Número de Póliza/Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del Tasador: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

Apellido del **Reclamante:** \_\_\_\_\_

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

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

¿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  Compensación Laboral (Workers Compensation)

Beneficios para Veteranos  Seguro de Casa  Seguro de Alquiler  Otra: \_\_\_\_\_

¿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: \_\_\_\_\_

# 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 y 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 en cualquier momento a través de un dictamen judicial, acuerdo legal, fuente colateral o cualquier otro ingreso como resultado del incidente que forma la base de este reclamo, me conformo a reembolsar en pleno 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 letras de molde \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social de la Víctima \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

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 letras de molde \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Reclamante \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_