

## **Forma de Información Para Verificar Citas y Viajes**

**La víctima o reclamante necesita cumplir esta forma cuando quiere ser reembolsada para gastos de viaje o perdido de ingresos que son resultado de consultas médicas/asesoría (relacionado al crimen), investigación de la policía, procedimientos criminales, procedimientos después de haber sido pronunciada la sentencia, asistencia a las ejecución(es) del sospechoso(s) ó asistencia al funeral de la víctima.**

### **DATOS DE EFECTIVO:**

Viajes para **citas médicas/asesoría, procedimientos criminales, procedimientos después de haber sido pronunciada la sentencia** son efectivo para los crímenes que ocurren 9/01/97 ó después.

Viajes para **asistencia a las ejecución(es) del sospecho(s)** son efectivo para los crímenes que ocurren 6/21/03 ó después.

Viajes para **asistencia al funeral de la víctima** son efectivo para crímenes que ocurren 9/01/03 ó después.

### **Gastos de Viaje**

1. Solamente se reembolsa los viajes que son **veinte millas o más en una sola viaje**. Si el viaje excede sesenta millas o más, podemos reembolsar para comida y hotel. Necesitamos los recibos para reembolsar cuartos de hotel.
2. Por favor, ponga la dirección completa con el número/nombre de la calle, ciudad, estado, y área postal. Búzones (P.O. Boxes) no son aceptables. La dirección del destino necesita incluir el nombre de facilidad.
3. El proveedor médico/consejero, oficial de justicia, el coordinador de la ayuda de la víctima, director del funeraria ó el oficiante del funeral necesita indicar la propósito de la cita (vea forma).
4. El proveedor médico/consejero, oficial de justicia, el coordinador de la ayuda de la víctima, director del funeraria ó el oficiante del funeral **necesita firmar y poner su nombre impreso** y numero de teléfono en la forma para verificar cada cita. Si firmas no son obtenidos, incluye copias de los billes o una carta del proveedor que puede verificar las fechas de servicio. El oficial criminal, el coordinador de la ayuda de la víctima, director del funeraria ó el oficiante del funeral también puede someter una carta para verificar las citas.

### **Perdido De Ingresos**

1. El proveedor médico/consejero, oficial de justicia, el coordinador de la ayuda de la víctima, director del funeraria ó el oficiante del funeral necesita indicar la propósito de la cita (vea forma).
2. El proveedor médico/consejero, oficial de justicia, el coordinador de la ayuda de la víctima, director del funeraria ó el oficiante del funeral **necesita firmar y poner su nombre impreso** y numero de teléfono en la forma para verificar cada cita. Si firmas no son obtenidos, incluye copias de los billes o una carta del proveedor que puede verificar las fechas de servicio. El oficial criminal, el coordinador de la ayuda de la víctima, director del funeraria ó el oficiante del funeral también puede someter una carta para verificar las citas con una carta.
3. El empleador de la víctima o reclamante va a recibir una forma para verificar empleado, ingresos y días perdidos de trabajo. Incluye el nombre, dirección y teléfono del empleador en la Forma Para Verificar Viajes/Citas. Si usted trabaja por su propia cuenta, requeriremos sus impuestos mas recientes. Puede comunicarse con el IRS al 1-800-829-1040 para obtener una copia de su forma de impuestos.

**Regresaremos la forma a usted si toda la información no está completo.** Si tiene preguntas sobre esta forma, llame a 1-800-983-9933 o (512) 936-1200.

**Nota: Una víctima o reclamante quién se notifica como un “testigo que no es residente” cuyos gastos son reembolsables bajo el Código de Tejas del Procedimiento Criminal, Artículo 35.27 no eres elegible para reembolso de viajes, alojar y comida bajo nuestro programa. Usted puede buscar reembolso de estos gastos de la oficina de Fiscal del distrito.**

**ESTADO DE TEJAS  
OFICINA DE LAS PROCURADURIA  
DIVISION DEL FONDO PARA VICTIMAS DE CRIMINES  
FORMA PARA VERIFICAR VIAJES Y CITAS**  
Esta información se requiere a calcular el kilometraje y verificar la cita que usted asiste.

Victima/Reclamante:	Numero de Seguro Social:	Nombre del Paciente(Assistente de la Cita):	Numero del Caso:
---------------------	--------------------------	---	------------------

¿Fue usted citado para el ensayo del juicio para cualquiera de las fechas listadas? si \_\_\_ no \_\_\_      **\*\*Las últimas 2 columnas deben ser completadas a la derecha y verificado por el individuo apropiado listó en la última columna.**  
Si es el caso, proporcione una copia de su citación.

2) ¿QUÈ RECLAMA USTED? (marque todos que aplican)	<u>FECHA</u> de Cita ( <b>número de horas allí</b> ) o duelo	Indica por favor la <b><u>dirección completa del comienzo</u></b> (la dirección física de residencia que incluye ciudad/estado/ codigo postal)	Indica por favor la <b><u>dirección completa del destino</u></b> (el nombre, y la dirección física de la facilidad/ ciudad/estado/ codigo postal)	<u>Indique el tipo de la cta/viaje:</u> (el código de diagnóstico, indica el caso criminal, # de reclamo, la ejecución, funeral)	<b>**La firma y nombre impreso</b> y el número de teléfono de Proveedor Médico/Consejero, la aplicación de la Ley/Funcionario Criminal de Justicia, Coordinador de Ayuda de Víctima, director del funeraria que verifica la cita, <u>o copias de cuentas para verificar la cita</u>
<input type="checkbox"/> Viaje <input type="checkbox"/> Ingresos Perdidos <input type="checkbox"/> Ingresos perdidos para duelo					
<input type="checkbox"/> Viaje <input type="checkbox"/> Ingresos Perdidos					
<input type="checkbox"/> Viaje <input type="checkbox"/> Ingresos Perdidos					
<input type="checkbox"/> Viaje <input type="checkbox"/> Ingresos Perdidos					

3. Si el viaje es **mas de 60 millas** en una sola dia puede ser que califique para reembolso de **hospedaje y comida** al cuota estatal. **Se requieren los recibos** para reembolso de hospedaje. Si se uso transporte publico (avion, autobus, taxi,tren) someta una copia de su recibo.

4. Si usted esta reclamando perdido de ingresos para citas del doctor/consejero, asistencia a procedimiento criminal, funeral, ó ejecución contactaremos a su empleador para verificar sus ingresos y las fechas/horas que usted no pudo trabajar. Si usted trabaja por su propia cuenta, requeriremos sus impuestos mas recientes. Puede comunicarse con el IRS al 1-800-829-1040 para obtener una copia de su forma de impuestos.

**Propocione por favor la información siguiente de su empleador:**

<b>Nombre del empleador:</b>		<b>Número telefonico del empleador :</b>	
<b>Dirección de empleador</b> (dirección/ciudad/estado/ codigo postal):		<b>Número de fax de empleador :</b>	
<b>5. <u>Firma de la Victima/Reclamante:</u></b>		<b><u>Fecha:</u></b>	