



N.º de demanda _____
(Uso exclusivo de DCVC)

Kansas Attorney General

Kris W. Kobach

Division of Crime Victims Compensation

120 SW 10th Avenue, 2nd Floor

Topeka, KS 66612-1597

PHONE: (785) 296-2359 • FAX: (785) 296-0652

www.ag.ks.gov

SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS

Debe presentarse en el plazo de cinco años después del incidente, excepto según K.S.A. 74-7305.

Los casos de agresión sexual infantil están basados en la fecha en que se denunció el delito a las fuerzas del orden público.

Es responsabilidad del demandante establecer pruebas de que la demanda se presentó oportunamente según K.S.A. 74-7305.

Toda la información que se entrega es confidencial, según K.S.A. 74-7308.

Marque el tipo de indemnización para las víctimas de delitos que está solicitando:

Médica Orientación Pérdida de salario Funeral Limpieza de la escena del crimen Ropa/ropa de cama Mudanza

Sección A – Información de la víctima (*Persona que resultó herida o muerta durante el delito*).

Nombre de la víctima (primer nombre, segundo nombre, apellido) Fecha de nacimiento SSN o número de identificación expedido por el gobierno

Dirección (incluya el número de apartamento, el número de lote, el apartado postal, etc.) Ciudad Estado Código postal

Teléfono seguro durante el día Otro teléfono seguro Dirección de correo electrónico

Idioma preferido: Inglés Español Otro _____

La siguiente información es opcional y se usará únicamente con fines estadísticos y se solicita para cumplir la Ley Federal de Derechos Civiles (Federal Civil Right Act) según la Sección 1403(e) de la Ley de víctimas de delitos (Victims of Crimes Act) de 1984.

Raza:	¿Cómo se enteró de este programa?	Sexo:
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Policía o defensor de la policía	<input type="checkbox"/> Masculino
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia a las Víctimas	<input type="checkbox"/> Femenino
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Hospital	Necesidades especiales:
<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> Fiscal o defensor del fiscal	<input type="checkbox"/> Discapacidad
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Consejero o terapeuta	<input type="checkbox"/> Sordo
<input type="checkbox"/> Blanco no latino ni caucásico	<input type="checkbox"/> Medios/noticias	<input type="checkbox"/> Ciego
<input type="checkbox"/> Birracial o multirracial	<input type="checkbox"/> Póster/folleto	<input type="checkbox"/> Sin hogar
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____

Sección B – Información del solicitante (*Complete esta sección si la víctima es menor de edad, está incapacitada o falleció*).

La persona que presenta la solicitud es la víctima. (*Continúe con la sección C*)
 La persona que envía una solicitud no es la víctima Relación del solicitante con la víctima: _____

Nombre del solicitante (primer nombre, segundo nombre, apellido) Fecha de nacimiento SSN o número de identificación expedido por el gobierno

Dirección (incluya el número de apartamento, el número de lote, el apartado postal, etc.) Ciudad Estado Código postal

Teléfono seguro durante el día Otro teléfono seguro Dirección de correo electrónico

Sección C – persona de contacto *(Complete esta sección si quiere dar permiso para que esta oficina se comuniqué con alguien que no sea usted sobre su demanda si no podemos comunicarnos con usted).*

Nombre de la persona de contacto	¿Cómo conoce a la persona?		
Dirección (incluya el número de apartamento, el número de lote, el apartado postal, etc.)	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono seguro durante el día	Otro teléfono seguro	Dirección de correo electrónico	

Sección D – Información sobre el delito *(Esta sección debe completarse). *Los delitos contra la propiedad como robo de identidad, fraude y los daños a la propiedad, no son elegibles para indemnización.*

Subsección 1: Tipo de delito (marque uno):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Incendio provocado | <input type="checkbox"/> Homicidio/asesinato | <input type="checkbox"/> Robo |
| <input type="checkbox"/> Asalto | <input type="checkbox"/> Homicidio por abuso infantil | <input type="checkbox"/> Agresión sexual (adulto) |
| <input type="checkbox"/> Abuso físico infantil | <input type="checkbox"/> Homicidio por abuso doméstico | <input type="checkbox"/> Agresión sexual (niño) |
| <input type="checkbox"/> Pornografía infantil | <input type="checkbox"/> Homicidio por DUI | <input type="checkbox"/> Acoso |
| <input type="checkbox"/> Abuso doméstico | <input type="checkbox"/> Homicidio vehicular | <input type="checkbox"/> Delitos vehiculares (distintos del homicidio) |
| <input type="checkbox"/> DUI | <input type="checkbox"/> Trata de personas | <input type="checkbox"/> El niño fue testigo de un delito |
| <input type="checkbox"/> Incitación sexual en línea | <input type="checkbox"/> Secuestro | |

Breve descripción del delito:

Fecha del crimen

Lugar del crimen:

Dirección (incluya el número de apartamento, el número de lote, etc.)	Ciudad	Condado	Código postal
---	--------	---------	---------------

¿Presentó una demanda ante las fuerzas del orden público? Sí (pase a la Subsección 2) No

¿Fue al hospital o buscó atención médica debido al delito? Sí No

Nombre del hospital o centro de atención médica al que fue: _____

Subsección 2:

Nombre de la agencia de las fuerzas del orden público en la que presentó la demanda Fecha en que denunció el delito

Número de informe policial	Nombre del oficial que investiga/detective
----------------------------	--

Nombres de los sospechosos: _____

¿La víctima conocía a los sospechosos? Sí No Si respondió Sí, ¿de qué manera? _____

¿Se hizo algún arresto? Sí No No sabe

Número de caso judicial: _____ Tribunal de Distrito Tribunal Municipal Tribunal Federal

Sección E – Representación de abogado *(Complete esta sección si un abogado privado lo está representando en una demanda legal civil o acción de seguro como resultado del incidente).*

Nombre del abogado	Nombre del despacho de abogados		
Dirección (incluya el número de apartamento, el número de lote, el apartado postal, etc.)	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Número de fax	Dirección de correo electrónico	

Sección F – Gastos de funeral/entierro *(Complete la sección si busca beneficios funerarios para una víctima fallecida y adjunte copias de las facturas. El beneficio máximo es de \$7,500). *Las demandas por homicidio también deben cumplir los requisitos de elegibilidad en la página 7*

Nota: También hay disponibles solicitudes de terapia de duelo para familiares directos de víctimas fallecidas.

Nombre de la funeraria			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Cantidad total pagada	Cantidad total aún adeudada	

¿Se pagaron los gastos funerarios y de entierro? Sí No Si respondió Sí, ¿quién los pagó? _____

¿Recibirá el solicitante pago funerario, beneficios por fallecimiento u otra ayuda con los costos del funeral? Sí No

Si respondió Sí, explique:

Sección G – Pérdida de manutención *(Solo para demandas por muerte. El beneficio máximo es de \$800 por semana).*

¿Estaba la víctima empleada o pagaba manutención de menores cuando fue asesinada? Sí No

Si respondió Sí, adjunte copias del certificado de matrimonio, certificados de nacimiento u órdenes de manutención infantil.

Sección H: Información médica *(Mencione todos los gastos médicos que tuvo como resultado de este incidente, incluyendo los cargos del hospital y médicos, tarifas de ambulancia, radiografías y recetas y atención dental. Adjunte extractos o facturas detalladas, recibos y extractos de seguro, si están disponibles).*

Nombre del proveedor médico	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono

Describe brevemente las lesiones de la víctima:

Sección I – Información de consejería (*Adjunte extractos o facturas detalladas, recibos y extractos de seguro, si están disponibles*).

Nombre del consejero/organización	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Persona que recibe la consejería y relación con la víctima.
-----------------------------------	-----------	--------	--------	---------------	---

Sección J – Información financiera (*Necesario según K.S.A. 74-7305*).

Número de dependientes: _____ Ingresos netos por año: \$ _____

Recursos (cuenta de ahorros y de cheques): _____ Gastos básicos mensuales totales: \$ _____

Necesidades especiales del solicitante y los dependientes: _____

Sección K – Fuentes de seguro/garantía (*Esta La sección debe completarse*).

Verifique todas las fuentes disponibles que podrían aplicarse a su demanda

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Seguro médico/de vida | <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Compensación de los trabajadores |
| <input type="checkbox"/> Seguro de auto | <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Otras fuentes |
| <input type="checkbox"/> Seguro funerario | <input type="checkbox"/> Beneficios de la Administración de Veteranos | <input type="checkbox"/> No tengo seguro ni otros recursos financieros. |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social | <input type="checkbox"/> Servicios Armados (CHAMPUS) | |

Nombre/tipo de fuente	Nombre y dirección de la fuente	Número de póliza/demanda
-----------------------	---------------------------------	--------------------------

Sección L – Pérdida de salarios (*Los solicitantes por pérdida de salario deben adjuntar una copia de su declaración de impuestos sobre ingresos federal más reciente o talones de pago. Se puede dar una indemnización a una tasa máxima de \$800 por semana por pérdida de salario no reembolsada*).

¿Estaba la víctima empleada en el momento del crimen?

 Sí No*Si respondió Sí a ambas preguntas, complete la sección L.*

¿Faltó la víctima al trabajo y perdió salarios debido al delito?

 Sí No

Nombre del empleador _____ Teléfono _____

Dirección postal del empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Usó la víctima vacaciones, licencia por enfermedad o PTO? Sí No¿Recibió la víctima pago por discapacidad de corto o largo plazo? Sí No

Nombre del médico o terapeuta que pueda verificar la duración de la discapacidad para trabajar _____ Teléfono _____

Dirección del médico _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Sección M – Certificación de dificultades económicas (Exigida según K.S.A. 74-7305(d).)

Yo (el solicitante) afirmo que mi nivel habitual de salud, seguridad y educación y el de mis dependientes no se puede mantener sin dificultades excesivas como resultado del incidente en el que se basa esta demanda.

Sección N – Cesión de beneficios

- 1) **Gastos de atención médica** – Por la presente cedo cualquier indemnización adjudicada por atención médica no pagada al proveedor de atención médica correspondiente. Esta cesión está condicionada a que dicho proveedor acuerde aceptar un pago directo del tesorero del estado de Kansas para pagar el 80 % de los cargos permitidos para cubrir el pago total. Autorizo al tesorero del estado de Kansas a pagar el 80 % de dichos cargos médicos no pagados permitidos al proveedor de atención médica correspondiente.
- 2) **Gastos de atención no médica** – por la presente cedo cualquier indemnización adjudicada por cargos impagos de atención no médica al proveedor correspondiente. Autorizo al tesorero del estado de Kansas a pagar dichos cargos no médicos impagos permitidos directamente al proveedor.

Sección O – Certificación de demanda

Por la presente certifico, sujeto a la pena de multa o prisión, que todas las pérdidas que denuncio en este documento son resultado directo del delito y que la información contenida en esta solicitud para una adjudicación es verdadera y correcta hasta donde yo sé.

Sección P – Promesa de reembolso

Según K.S.A. 74-7312, prometo reembolsar al Fondo de Indemnización para Víctimas de Delitos de Kansas (Kansas Crime Victims Compensation Fund), por medio de la Junta de Indemnización para Víctimas de Delitos (Crime Victims Compensation Board) si recibo pagos del agresor (restitución o acción civil), seguro, acuerdos o de cualquier otra agencia del gobierno o privada resultante de este incidente.

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Autorizo y solicito a cualquier persona que tenga información necesaria con respecto al incidente que provocó la lesión personal o la muerte de la víctima para la administración de esta demanda, **incluyendo todos los registros anteriores de las fuerzas del orden público, diagnósticos médicos, registros médicos, información de exámenes médicos e información de demandas médicas**, a revelar esa información a la Junta de Indemnización para Víctimas de Delitos, o su representante. Esta autorización incluye, entre otros, médicos y hospitales privados y del gobierno; oficinas de las fuerzas del orden público o fiscalías locales, estatales y federales; personal de tribunales locales, estatales y federales, cualquier empleador; cualquier compañía privada o agencia gubernamental que dé o pueda dar beneficios médicos o monetarios. Por la presente acepto y certifico que ninguna persona tendrá ninguna responsabilidad legal si revela información según esta autorización. Una fotocopia de esta autorización tiene la misma eficacia y validez que el original. Toda la información obtenida por la Junta permanecerá confidencial según K.S.A. 74-7308 y sus enmiendas. La revelación de información confidencial permanecerá vigente hasta que yo la rescinda por escrito.

Firma del solicitante

por

(Si la víctima es mayor de 12 años, debe firmar esta línea).

Nombre del solicitante en letra de molde

Fecha de nacimiento de la víctima

Fecha de la firma

Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social de la víctima



Kansas Attorney General

Kris W. Kobach

Division of Crime Victims Compensation

120 SW 10th Avenue, 2nd Floor

Topeka, KS 66612-1597

PHONE: (785) 296-2359 • FAX: (785) 296-0652

www.ag.ks.gov

AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Yo, _____, por la presente autorizo a todos los proveedores de atención médica a revelar mi información médica protegida a la Junta de Indemnización para Víctimas de Delitos de Kansas (“Junta”), sus empleados y agentes, con el fin de procesar mi demanda de indemnización para víctimas de delitos. Esta autorización incluye mi expediente médico completo, en la medida que lo solicite la Junta.

Entiendo que después de que se revele esta información, es posible que no esté protegida por la ley federal y que pueda estar sujeta a una nueva revelación. Sin embargo, todos los registros y la información dada a la Junta permanecerán confidenciales de acuerdo con K.S.A. 74-7308(e).

La Junta no es una entidad cubierta según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA). Esta autorización es voluntaria, pero entiendo que negarme a firmarla puede afectar mi elegibilidad para recibir la indemnización para víctimas de delitos si la Junta no puede obtener la información necesaria para procesar mi demanda.

Esta autorización vencerá cuando la Junta haya completado el procesamiento de mi demanda para indemnización.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento informando a la Junta por escrito a 120 SW 10th Ave, 2nd Floor, Topeka, KS 66612-1597. Entiendo que cualquier uso o revelación hecha antes de una revocación no se verá afectada por la revocación.

Firma del individuo

Fecha

Si un Representante personal firma este formulario, ese Representante garantiza que tiene autoridad para firmar el formulario basándose en:

Office of the Kansas Attorney General • Division of Crime Victims Compensation

SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN PARA VÍCTIMAS DE DELITOS Y REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

(Es posible que quiera conservar esta página para su información. No es necesario presentarlo junto con su solicitud).

Si es una víctima inocente de un delito violento y sufrió pérdidas económicas que no están cubiertas por el seguro ni por ninguna otra fuente, el Fondo de Indemnización para Víctimas de Delitos de Kansas puede ser de ayuda. El estado de Kansas está comprometido con ayudar a las víctimas que cumplen los requisitos de elegibilidad de la Ley de indemnización a víctimas de delitos de Kansas (Kansas Crime Victims Compensation Act). Aunque ninguna cantidad de ayuda económica puede borrar el trauma del delito, el objetivo de este programa es aliviar las consecuencias del delito para la víctima siempre que sea posible.

Requisitos de elegibilidad:

1. Las solicitudes deben presentarse en el plazo de cinco años después del incidente, con ciertas excepciones. En algunas circunstancias, se puede conceder indemnización a las víctimas si se presenta una demanda más allá del período de cinco años. Los casos de agresión sexual infantil están basados en la fecha en que se denunció el delito a las fuerzas del orden público. Es responsabilidad del demandante establecer pruebas de que la demanda se presentó oportunamente según K.S.A. 74-7305.
2. La víctima sufrió lesiones corporales (incluyendo trastornos mentales o muerte) como víctima de un delito violento. Los delitos contra la propiedad, como el robo de identidad, el fraude o los daños a la propiedad, no son elegibles.
3. El incidente ocurrió en Kansas, o fuera de los Estados Unidos, a un residente de Kansas.
4. El incidente se denunció a los representantes de las fuerzas del orden público en el plazo de 72 horas, o se hizo un examen médico forense en el plazo de 7 días, o la junta encuentra una buena causa para retrasar la presentación de la demanda o la obtención de un examen.
5. El demandante (o la víctima) cooperó plenamente con los representantes de las fuerzas del orden público durante su investigación y enjuiciamiento.
6. La víctima no fue cómplice ni cometió ningún delito en relación con este incidente (por ejemplo, actividad de pandillas, tráfico de drogas). La víctima no debe haber provocado ni causado la lesión o la muerte.

Los requisitos 4, 5 y 6 no se aplican a una víctima de trata de personas que fuera menor de 18 años en el momento del delito.

EL ESTATUTO DE KANSAS AUTORIZA A LA JUNTA A REDUCIR O DENEGAR DEMANDAS QUE IMPLIQUEN LA MALA CONDUCTA CONTRIBUTIVA DE LA VÍCTIMA O LA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES ILEGALES.

Gastos elegibles y no elegibles:

- ◆ Los gastos médicos no cubiertos por otras fuentes son gastos elegibles.
- ◆ Los costos razonables de reposición de ropa y ropa de cama incautados como evidencia son compensables.
- ◆ Los gastos de limpieza de la escena del crimen pueden incluir el reemplazo de materiales que fueron retirados porque eran biopeligrosos o los dañaron como parte de la recolección de evidencia.
- ◆ Otras pérdidas de propiedad, daños a la propiedad y dolor y sufrimiento son gastos no elegibles.

Adjudicaciones máximas:

- ◆ Adjudicación máxima general de \$25,000
- ◆ Cantidad máxima por gastos funerarios de \$7,500
- ◆ Hay terapia de duelo disponible para familiares de víctimas de homicidio. Llame para obtener más información. (Máximo de \$1500)*
- ◆ Consejería de salud mental para pacientes ambulatorios máximo de \$5,000*
- ◆ Máximo de atención de salud mental para pacientes hospitalizados de \$10,000*
- ◆ Salarios perdidos/pérdida de manutención máxima de \$800 por semana.
- ◆ Máximo de limpieza de la escena del crimen de \$2,500

**Se puede adjudicar una indemnización más basándose en circunstancias atenuantes.*

CÓMO PRESENTAR SU SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN

Lea todas las instrucciones de cada sección antes de completar esta solicitud. Dé toda la información que se le pide. Las solicitudes que no estén completas y firmadas se devolverán, lo que retrasará la decisión sobre su demanda. Incluya copias de sus facturas médicas y otros gastos. Cuando se reciba su solicitud completa y se reciban y revisen todas las solicitudes de documentos e información adicional, se le notificará por escrito la decisión de la Junta. Tiene derecho a apelar la decisión si no está de acuerdo.

El proceso completo de solicitud/investigación puede tardar aproximadamente 3 meses.

Si tiene alguna pregunta mientras completa la solicitud, llame a nuestra oficina al (785) 296-2359.