



State of Utah  
**UTAH OFFICE FOR VICTIMS OF CRIME**

350 East 500 South Suite 200  
Salt Lake City Utah 84111  
(801) 238-2360 or Toll Free 1-800-621-7444  
Fax (801) 533-4127

DO NOT WRITE IN THIS SPACE

File # \_\_\_\_\_

**SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE REPARACIONES PARA LAS VICTIMAS DE CRIMENES**

**Sección 1. INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA**

Nombre de la Víctima	Fecha de Nacimiento	Sexo (M/F)	No. de Seguro Social	Discapacitado? (S/N)	Grupo Étnico
(1) _____	_____	_____	_____	_____	_____
(2) _____	_____	_____	_____	_____	_____
(3) _____	_____	_____	_____	_____	_____
(4) _____	_____	_____	_____	_____	_____

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

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

**Sección 2. INFORMACIÓN DEL APLICANTE (para completarse solo si el aplicante no es la víctima)**

Nombre del aplicante	Fecha de Nacimiento	Sexo (M/F)	No. de Seguro Social	Discapacitado? (S/N)	Grupo Étnico
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

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

Relación c/Víctima: Esposo (a)  Padre/Madre Hermano (a)  Hijo (a)  Otro \_\_\_\_\_

**Sección 3. INFORMACIÓN SOBRE EL CRÍMEN**

Agencia de Policía: \_\_\_\_\_ No. de Caso: \_\_\_\_\_ Fecha del Crimen: \_\_\_\_\_

Dirección del crimen: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Descripción del Crimen: \_\_\_\_\_

Arma usada en el crimen: \_\_\_\_\_

**Sección 4. INFORMACIÓN SOBRE EL DEMANDADO**

Nombre del Demandado	Fecha de Nacimiento del Demandado	Numero del Seguro Social del Demandado
_____	_____	_____

Se ha presentado cargos en la Corte del Distrito?: Si  No  Se ha presentado cargos en la Corte de Justicia?: Si  No

Numero del caso de la corte \_\_\_\_\_ Numero del caso de la corte \_\_\_\_\_

**Sección 5. SEGURO**

Tiene la víctima o aplicante: Seguro Médico  Medicaid  Automovilístico  Seguro Social  Otro \_\_\_\_\_

Seguro Médico: Nombre \_\_\_\_\_ Seguro de Auto: Nombre \_\_\_\_\_

Numero de póliza de seguros \_\_\_\_\_ Numero de póliza de seguros \_\_\_\_\_

### Sección 6.

Se ha empleado un Abogado para presentar una demanda civil?: Si  No

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

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### Sección 7. REFERRIDO POR

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agencia de Policía                    | <input type="checkbox"/> Doctor                    | <input type="checkbox"/> Agencia sin fines de lucro |
| <input type="checkbox"/> Dept. Defensor de Víctimas            | <input type="checkbox"/> Hospital                  | <input type="checkbox"/> Otro _____                 |
| <input type="checkbox"/> Fiscalía                              | <input type="checkbox"/> Dentista                  |   |
| <input type="checkbox"/> Agencia para las víctimas de crímenes | <input type="checkbox"/> Consejero de Salud Mental |   |

### Sección 8. BENEFICIOS A RECIBIR (Marque todas las que apliquen a su caso)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médico   | <input type="checkbox"/> Gastos de re-ubicación   |
| <input type="checkbox"/> Cuidado Dental   | <input type="checkbox"/> Compensación por pérdida de servicios (Guardería, preparación alimenticia, limpieza de casa etc) |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de sueldo por éste crimen                                    | <input type="checkbox"/> Anteojos, aparatos de audición u otros aparatos médicos.   |
| <input type="checkbox"/> Consejería   | <input type="checkbox"/> Reemplazo de puertas o ventanas.   |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de sustento para dependientes (Casos de homicidio solamente) |   |
| <input type="checkbox"/> Gastos de funeral  |   |

### Sección 9.

## I M P O R T A N T E - L E E R C U I D A D O S A M E N T E

### Asignación de Reembolso

Yo entiendo que cualquier compensación por las pérdidas impuestas al demandado por medio de la restitución de la corte ó un reclamo civil ó por su seguro ó cualquier agencia privada o gubernamental, le da derecho a la Oficina de Utah para Las Víctimas de Crímenes a ser reembolsada por cualquier compensación que yo recibo. De modo que, yo entrego todos derechos para recibir compensación, a la Oficina de Utah para Las Víctimas de Crímenes incluyendo el derecho para poner en marcha y forzar un reclamo por restitución (indemnización), en cualquier corte que tiene jurisdicción dentro del estado de Utah. Yo entiendo y me pongo de acuerdo a notificar tal oficina por medio de correspondencia dentro de 30 días desde la fecha que yo doy a entablar juicio para recuperar mis pérdidas.

### Autorización del Aplicante/Víctima para Compartir Información

Yo autorizo el entrego de cualquier información que sea necesaria por la Oficina de Utah para Las Víctimas de Crímenes a determinar si califica ó no éste reclamo para beneficios incluyendo información ó documentos que sean clasificados como privado o controlado bajo el Government Records Access and Management Act. Tal información sera usado para evaluar si califica su aplicación y por los beneficios específicos y tal vez será compartido con las agencias de Policía, la oficina del Fiscal, las agencias de médico y las agencias para la salud mental. La Oficina de Utah para Las Víctimas de Crímenes puede compartir información tal como documentos con respecto a los pagos que ha hecho por parte de usted, a la corte para facilitar una orden ó juicio de restitución (indemnización).

### Declaración

DE CONFORMIDAD CON EL CODIGO PENAL DE UTAH, Seccion 63M-7-510(2), una persona que someta una solicitud fraudulenta con el fin de obtener beneficios, es culpable de una ofensa punitiva con una multa ó encarcelamiento. El firmante jura que la información contenida en éste documento es verdadera a su leal saber y entender.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del aplicante/víctima \_\_\_\_\_

**SOLICITUDES SOMETIDOS POR LOS MENORES DE DIECIOCHO AÑOS DE EDAD TIENE QUE SER COMPLETADO Y FIRMADO POR SUS PADRES O GUARDIÁN LEGAL.**

**Por Acomodaciones de Americanos con Discapacidades, con tres dias de anticipación favor pónganse en contacto con La Oficina de Utah para las Víctimas de Crímenes al (801) 238-2360**