



Estado de Nevada

Programa de víctimas de delitos

Solicitud de compensación para víctimas de delitos

VOCP Date Stamp and Claim #

Llene las secciones 1 a 11 a su mejor saber y entender. Use un bolígrafo de tinta negra o azul. Escriba en letras de molde con claridad.

Sección 1: Cuéntenos sobre la víctima.

La víctima es la persona que fue atacada, lesionada o murió en el curso del delito.

Nombre, Segundo nombre, Apellido			
Dirección postal,	Ciudad,	estado,	código postal
Cell Phone or Home Phone	Teléfono del trabajo,	Correo electrónico	
Fecha de nacimiento	Edad en la fecha del crimen	Últimas 4 cifras del N° del Seguro Social	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Si la víctima falleció, fecha de defunción:	

Sección 2: Si presenta la solicitud en nombre de la víctima, cuéntenos sobre usted.

Un solicitante es una persona que no es la víctima y que está llenando la solicitud porque la víctima es menor de 18 años de edad, mental o físicamente incapaz de llenar la solicitud, o ha fallecido.

Nombre, Segundo nombre, Apellido			
Dirección postal,	Ciudad,	estado,	código postal
Teléfono celular, o Teléfono del hogar,	Teléfono del trabajo,	Correo electrónico	
Relación con la víctima:	Número de personas que solicitan beneficios	Últimas 4 cifras del N° del Seguro Social	Fecha de nacimiento (el solicitante tiene que ser adulto)

Enviar aplicaciones completas y firmadas a:

VOCP
 6171 W. Charleston Blvd., Bldg. 9
 Las Vegas, NV 89146
vocp@dcfs.nv.gov

Sección 3: Cuéntenos sobre el delito.

Adjunte una copia del informe policial preparado por la Agencia de Cumplimiento de la Ley. Los reclamos presentados sin un informe policial serán aceptados, pero el VOCP solicitará un informe. La decisión será tomada cuando el VOCP reciba el informe policial oficial. Nota: Sólo los delitos violentos son elegibles para recibir asistencia del VOCP. El VOCP no puede aprobar delitos de robo o delitos contra la propiedad.

Nombre de la Agencia de Cumplimiento de la Ley donde se denunció el delito:

Fecha del delito:

Fecha en que se denunció el delito:

Informe de delito n°:

Si el delito ocurrió hace más de dos (2) año, indique por qué no solicitó ayuda del VOCP hasta ahora.

- No sabía que existía el VOCP No estaba capacitado física/mentalmente para presentar la solicitud
 Otro, explique:

Tipo de victimización relacionada con la delincuencia en su caso: (No elija más de uno)

- Acoso Doméstica y Violencia Familiar Abuso de Ancianos
 Odiar Crimen Violencia Misa

Tipo de delito:

- Arson Abuso Sexual Infantil Otros Delitos
 Asalto DUI/DWI Vehiculares Robo
 Robo de casa/propiedad Fraude/Delitos Asalto Sexual *
 Abuso Físico/Abandono Financieros Homicidio Acecho
 Pornografía Infantil Trata de Personas Terrorismo
 Secuestro Otro:

Condado donde ocurrió el delito:

- Clark Lincoln
 Carson City Lander
 Churchill Mineral
 Douglas Nye
 Elko Pershing
 Eureka Storey
 Esmeralda Washoe
 Humboldt White Pine
 Lyon

*** Delitos de agresión sexual solamente:**

Requerido por: NRS 217.290 y NRS 217.300

¿Presentó una solicitud de ayuda al condado por agresión sexual?

- Sí Si "No", explique:
 No

Si "Sí", ¿recibió y/o gastó estos fondos?

- Si Si "No", explique:
 No

Nombre y dirección del infractor: (si lo sabe)

¿Dónde se produjo el delito? (dirección exacta, ubicación o cruce de calles más cercano)

Describe cómo ocurrió el delito:

Describe las lesiones sufridas por la víctima debido al delito:

Sección 4: Cuéntenos sobre sus gastos relacionados con el delito.

Ayúdenos a determinar cómo podemos ayudarlo. El VOCP tiene recursos limitados, y queremos satisfacer sus necesidades y problemas financieros más importantes. Marque los gastos que tuvo relacionados con el delito, o que espera incurrir debido al delito. Adjunte sus facturas, recibos, presupuestos u otros documentos que sirvan de comprobante a su solicitud de pago. Para que el VOCP pague los gastos, tiene que tener comprobantes. Los gastos deben estar relacionados directamente con el delito..

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cuentas del hospital | <input type="checkbox"/> Gastos funerarios y de entierro |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de ambulancia | <input type="checkbox"/> Limpieza en la escena del delito |
| <input type="checkbox"/> Cuentas médicas/dentales | <input type="checkbox"/> Gastos de guardería |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos bajo receta | <input type="checkbox"/> Gastos de mudanza |
| <input type="checkbox"/> Visión/Anteojos | <input type="checkbox"/> Reparaciones de sistemas de seguridad |
| <input type="checkbox"/> Quiropráctica/Fisioterapia | <input type="checkbox"/> Atención médica a domicilio |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de salario/Manutención | <input type="checkbox"/> Otro: |
| <input type="checkbox"/> Consejería/Salud Mental | |

Sección 5: Cuéntenos sobre sus discapacidades o problemas médicos anteriores.

Si tenía una discapacidad o recibía tratamiento médico antes del delito, explique a continuación:

Sección 6: Cuéntenos sobre reclamos anteriores por ser víctima de un delito.

¿Ha presentado un reclamo por ser víctima de un delito en Nevada o algún otro estado?

- Sí
 No

Si "Sí": Estado donde presentó el reclamo	Fecha de presentación	Tipo de delito
Nombre de la víctima, solicitante o reclamante		Estado actual: (abierto o cerrado)

Sección 7: Proporcione información demográfica y estadística

Esta información se solicita solamente con fines de información estadística. Esta información NO afectará de ninguna manera su elegibilidad.

Ingresos anuales:	Empleo al momento del delito:	Idioma principal:	¿El alcohol o las drogas fueron un factor en este delito de alguna manera?
<input type="checkbox"/> \$0 to \$10,000 <input type="checkbox"/> \$40,000 to \$60,000 <input type="checkbox"/> \$10,000 to \$20,000 <input type="checkbox"/> \$60,000 to \$80,000 <input type="checkbox"/> \$20,000 to \$30,000 <input type="checkbox"/> \$80,000 to \$100,000 <input type="checkbox"/> \$30,000 to \$40,000 <input type="checkbox"/> Over \$100,000	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe

Race:	Marital Status:	Education Level:
<input type="checkbox"/> Los indios americanos / nativos de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii y otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blancos no latinos / caucásico <input type="checkbox"/> Alguna otra raza <input type="checkbox"/> Múltiples Carreras	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> No se graduó de la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Asistió a la universidad <input type="checkbox"/> Asistió a una escuela de posgrado <input type="checkbox"/> Tiene un título de posgrado

Sección 8: ¿Cómo se enteró del programa VOCP?

Ayúdenos a evaluar y mejorar nuestros servicios. Cuéntenos cómo se enteró que existía el VOCP. Marque una o dos opciones.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agencia de cumplimiento de la ley | <input type="checkbox"/> Defensor de víctimas |
| <input type="checkbox"/> Fiscal/Procurador | <input type="checkbox"/> Programa de servicios a víctimas (Safe Nest, Stop DUI, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Hospital/Clínica | <input type="checkbox"/> Búsqueda por Internet |
| <input type="checkbox"/> Profesional médico/dental | <input type="checkbox"/> Periódicos/Medios de comunicación |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Protección al Menor | <input type="checkbox"/> Amigo/Familiar |
| <input type="checkbox"/> Consejero de salud mental | <input type="checkbox"/> Otro: |

Sección 9: Persona que ayuda al solicitante a llenar esta solicitud.

Proporcione la siguiente información sólo si está ayudando a la víctima a llenar esta solicitud

Nombre	Apellido	Nombre de la empresa, afiliación o relación (hospital, profesional dental, programa de víctimas, etc.):
Teléfono	Correo electrónico	

Sección 10: Si un defensor o abogado lo está ayudando, cuéntenos sobre él.

Llene esta sección si un abogado o defensor de víctimas está ayudando a la víctima. No hace falta tener a un defensor o abogado para Proporcione la siguiente información sólo si está ayudando a la víctima a llenar esta solicitud

Nombre	Apellido	Teléfono de la oficina
Dirección de la oficina		Ciudad, estado, código postal:
Programa de defensa de víctimas o nombre del estudio de abogados:		Correo electrónico:
<input type="checkbox"/> A pedido, por favor proporcione el abogado anterior o abogado con las copias de la correspondencia enviada al solicitante.		
Firma del defensor o abogado: (Necesaria para recibir documentos)		Fecha:

Sección 11: Cuéntenos sobre el seguro de la víctima o caso civil iniciado por la víctima

Si tiene cualquier tipo de seguro o reclamo legal, proporcione dicha información en el espacio provisto a continuación. Use hojas adicionales si fuera necesario.

Does the Victim/ Applicant have Life, Medical, Dental, or Vision Insurance? Please attach Insurance card.	Si el delito involucró un vehículo, ¿la víctima/solicitante el infractor tienen seguro de vehículo?	Si el delito ocurrió en la casa o propiedad de la víctima, ¿hay seguro de la propiedad?	Si el delito ocurrió en el lugar de trabajo de la víctima/solicitante, ¿hay un reclamo por compensación del trabajador?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre de la empresa:	Número de teléfono:	Tipo y número de póliza:	
¿La víctima/solicitante ha presentado, o va a presentar, una demanda civil relacionada con este delito?		¿La víctima/solicitante ha recibido, o espera recibir, algún pago o liquidación relacionada con este delito?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	



Estado de Nevada

Programa de víctimas de delitos

Autorización para divulgación de información, certificación y reconocimientos:

Nombre de la víctima:	Fecha de nacimiento	Nº de VOCP

He presentado una solicitud ante el Programa de Compensación para Víctimas de Delitos (VOCP) de Nevada. Para ayudar al VOCP a determinar mi elegibilidad para recibir asistencia, por la presente consiento y autorizo a divulgar información al VOCP. Por la presente eximo de responsabilidad a cualquier persona que brinde información al VOCP por dicha divulgación.

Informes de agencias de cumplimiento de la ley: Por la presente autorizo a cualquier policía, agencia de cumplimiento de la ley, agencia de protección de menores u oficina de médico forense a que divulgue todo informe policial, de investigación o de incidente relacionado con mi solicitud presentada ante el VOCP, conforme a: NRS 217.110 (2)(d), NRS 217.180, NRS 217.210 (1) y NRS 217.220 (1) y (2). Comprendo que dichos informes permanecerán confidenciales conforme a la ley estatal y federal, y a NRS 217.105.

Información médica: Autorizo por la presente a cualquier hospital, clínica médica, facultativo, dentista, profesional de salud mental, farmacéutico o cualquier otro profesional médico a divulgar cualquier y toda información relacionada con informes médicos, historias clínicas, pronósticos, planes de tratamiento, información de facturación y cualquier otra información relacionada con mi tratamiento o afección médica al VOCP, conforme a NRS 217.100. Esta información es sometida a re-divulgación y no será protegida por leyes de privacidad. Yo tengo el derecho de revocar esta autorización en forma escrita en cualquier tiempo. Esta autorización médica vencerá sin tener que revocarla explícitamente en el plazo de un año de la fecha indicada al pie. Esta divulgación cumple con todas las reglamentaciones de HIPAA. Para continuar sus beneficios mas alla de un ano del delito, se requiere una recien autorizacion medica.

Divulgación de información al VOCP: Por la presente autorizo al VOCP a divulgar información a las agencias policiales, médicas o de otros proveedores de servicio, a mi defensor, abogado u otros con relación a mi solicitud o reclamo, pero sólo en la medida que ello fuera necesario para administrar el VOCP o mi reclamo. No se divulgará ninguna información prohibida por ley. NRS 217.110 y 217.105.

Certificado de elegibilidad financiera: Por la presente certifico que no tengo ahorros o inversiones que excedan el monto de mis ingresos anuales, y que de no recibir la ayuda del VOCP tendría problemas económicos severos. Por la presente autorizo a cualquier compañía de seguros, institución financiera, agencia gubernamental o cualquier otra persona que tenga información sobre mí que la divulgue al VOCP. NRS 217.220 (4).

Mi promesa de devolver el dinero al VOCP: Por la presente reconozco mi obligación legal de devolver al VOCP cualquier dinero que me pague, o que pague el VOCP en mi nombre, **si llegara a recibir cualquier monto de dinero, de cualquier origen, como consecuencia del delito.** Por la presente acepto notificar al VOCP si contrato a un abogado para iniciar un juicio o demanda, o si recibo cualquier restitución u otra forma de compensación ordenada por la corte, incluyendo, entre otros, pagos de seguro, liquidaciones u otros pagos de beneficios. NRS 217.240.

Penalidades por proporcionar información falsa:

Comprendo que puedo ir a la cárcel o ser multado si proporciono información falsa o engañosa, o

Escriba el nombre completo de la persona que firma la solicitud en letras de molde:	
--	--

Firma de la víctima/solicitante (tiene que ser firmado por un adulto)	Fecha:
---	---------------

Enviar la solicitud completa y firmada a:	VOCP 6171 W. Charleston Blvd., Bldg. 9 Las Vegas, NV 89146
--	--

<i>Escanear y enviar por correo electrónico a:</i>	<i>Enviar por fax a: (702) 486-2825</i>
--	---