



Programa de compensación a víctimas de delitos del estado de Nevada

Solicitud de audiencia

Llene y presente este formulario para apelar una decisión del funcionario de compensación

Nombre de la víctima/solicitante:	Nº de reclamo de VOCP:
Dirección:	Ciudad, estado, código postal:
Nº de teléfono:	Correo electrónico:

Razón de la apelación:

ADJUNTE UNA COPIA DE LA DECISIÓN QUE QUIERE APELAR

Fecha de la decisión del funcionario de compensación que quiere apelar:
Razón para apelar la decisión del funcionario de compensación:

¿Tiene algún documento que presentar ante el funcionario de audiencia? <input type="checkbox"/> Sí Si "Sí": <i>describa</i> el documento aquí: <input type="checkbox"/> No Si "Sí": adjunte los documentos a este formulario.
--

¿Hay alguna otra información que el funcionario de audiencias debería tener en cuenta? <input type="checkbox"/> Sí Si "Sí", explique: <input type="checkbox"/> No

La información proporcionada en la presente solicitud es veraz y correcta a mi mejor saber y entender

Firma del solicitante:	Nombre en letras de molde:	Fecha:
Nº de teléfono:	Dirección de correo electrónico:	

<i>Para el sur de Nevada, enviar a:</i> Hearing Officer 2200 South Rancho Drive Las Vegas NV 89102	<i>Enviar por fax a:</i> LV - (702) 486-2879 CC - (775) 687-8441	<i>Para el norte de Nevada, enviar a:</i> Hearing Officer 1050 E Williams St # 450 Carson City NV 89701
---	--	--