

Sección 5: 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 (sólo reclamos por fallecimiento) |
| <input type="checkbox"/> Cuentas médicas/dentales | <input type="checkbox"/> Gastos de guardería |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos bajo receta | <input type="checkbox"/> Gastos de mudanza o reubicación de emergencia |
| <input type="checkbox"/> Visión/Anteojos | <input type="checkbox"/> Vivienda temporal de emergencia o gastos para vivir |
| <input type="checkbox"/> Quiropráctica/Fisioterapia | <input type="checkbox"/> Reparaciones de sistemas de seguridad (sólo dueños de casa) |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de salario/Manutención | <input type="checkbox"/> Atención médica a domicilio |
| <input type="checkbox"/> Consejería/Salud Mental | <input type="checkbox"/> Otro: |

Sección 6: Cuéntenos sobre sus discapacidades o problemas médicos anteriores.

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

Sección 7: 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 8: 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: <input type="checkbox"/> \$0 a \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,000 a \$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,000 a \$30,000 <input type="checkbox"/> \$30,000 a \$40,000 <input type="checkbox"/> \$40,000 a \$60,000 <input type="checkbox"/> \$60,000 a \$80,000 <input type="checkbox"/> \$80,000 a \$100,000 <input type="checkbox"/> Más de \$100,000	Empleo al momento del delito: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro:	Idioma principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro:	¿El alcohol o las drogas fueron un factor en este delito de alguna manera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afronorteamericano <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano <input type="checkbox"/> Biracial	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	Nivel educativo: <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 10: ¿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 (<i>Safe Nest, Stop DUI, etc.</i>) |
| <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 11a: 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 11b: 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 presentar la 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:	Nº de cuenta de VOCP del defensor de víctimas	
	Correo electrónico:	

- Entregue al defensor o abogado nombrado copias de la correspondencia enviada al solicitante.

Firma del defensor o abogado: (Necesaria para recibir documentos)

Fecha:

Sección 12: 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.

¿La víctima/solicitante tiene seguro de vida, médico, dental o de visión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si el delito involucró un vehículo, ¿la víctima/solicitante o el infractor tienen seguro de vehículo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si el delito ocurrió en la casa o propiedad de la víctima, ¿hay seguro de la propiedad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si el delito ocurrió en el lugar de trabajo de la víctima/solicitante, ¿hay un reclamo por compensación del trabajador? <input type="checkbox"/> Sí <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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	¿La víctima/solicitante ha recibido, o espera recibir, algún pago o liquidación relacionada con este delito? <input type="checkbox"/> Sí <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 de la víctima:	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 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.

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 intencionalmente incompleta al VOCP. Declaro bajo pena de perjurio conforme a la ley de Nevada que toda la información que he proporcionado es veraz, correcta y completa a mi mejor saber y entender. NRS 217.270.

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:

X

Enviar la solicitud completa y firmada a:

VOCP
PO Box 94525
Las Vegas, NV 89193-4525

Escanear y enviar por correo electrónico a: applications@voc-net.com

Enviar por fax a: (888) 941-7890



State of Nevada

Victims of Crime Program

Authorization for Release of Information, Certification and Acknowledgements:

Victim Name:	Victim DOB:	VOCP #

I have filed an application with the Nevada Victims of Crime Compensation Program (VOCP). In order to assist the VOCP determine my eligibility I hereby consent to, and authorize the release of information to the VOCP. I hereby release and hold harmless anyone providing information to the VOCP from any liability for any such release.

Law Enforcement Reports: I hereby authorize any police, law enforcement agency, child protective agency, or Coroners office to release any police, investigative, incident report, or coroners report related to my application to the VOCP as required by: NRS 217.110 (2)(d), NRS 217.180, NRS 217.210 (1) and NRS 217.220 (1) and (2). I understand that all such reports will remain confidential as provided by State and Federal law and NRS 217.105.

Medical Information: I hereby authorize any hospital, medical clinic, physician, dentist, mental health provider, pharmacist, or any other medical provider to release any and all information including medical reports, histories, prognosis, treatment plans, billing information and any other information relating to my medical treatment for my crime related injuries or condition, to the VOCP as required by NRS 217.100. *This Medical Authorization shall automatically expire without express revocation one year from the date below.* This release is in compliance with all HIPAA regulations.

VOCP Release of Information: I hereby authorize the VOCP to release information to police agencies, medical or other service providers, my advocate, attorney, or others concerning my application or claim only as necessary to administer the VOCP or my claim. No information will be released where prohibited by law. NRS 217.110 and 217.105.

Certificate of Financial Eligibility: I hereby certify that I do not have Savings or Investments exceeding the amount of my Annual Income, and that it would be a financial hardship if I were to receive no assistance from the VOCP. I hereby authorize any Insurer, Financial Institution, Government Agency, or any other person with information about me to release such information to the VOCP. NRS 217.220 (4).

My Promise to Repay the VOCP: I hereby acknowledge my legal obligation to repay the VOCP any money paid to me, or paid on my behalf, by the VOCP, *if I receive any money, from any source, as a result of the crime.* I hereby agree to notify the VOCP if I retain an Attorney to pursue a lawsuit or claim, or if I receive any court ordered restitution or other recovery including, but not limited to, insurance payments, settlements or other benefit payments. NRS 217.240.

Penalties for Providing False Information:

I understand that I may be imprisoned or fined for providing false or misleading, or intentionally incomplete information to the VOCP. I declare under Penalty of Perjury and pursuant to Nevada law that all the information I have provided is true, correct and complete to the best of my information and belief. NRS 217.270.

Print Full Name of Person Signing Application:

Signature of Victim/Applicant *(must be signed by an adult)*

Date:

X

Send Completed, Signed Applications to:

VOCP
P O Box 94525
Las Vegas, NV 89193-4525

Scan and E-Mail to: applications@voc-net.com

Fax to: (888) 941-7890