



Estado de Nevada

Programa de víctimas de delitos

Solicitud de compensación para víctimas de delitos

VOCP Date Stamp and Claim #

Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, visite: www.voc.nv.gov para encontrar programas de ayuda a víctimas en su comunidad, o póngase en contacto con la oficina del VOCP en Reno o Las Vegas para obtener ayuda o una remisión a un programa comunitario cerca suyo.

Llene las secciones 1 a 12 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

Teléfono del hogar, Teléfono del trabajo, Teléfono celular, Correo electrónico

Fecha de nacimiento

Edad en la fecha del crimen

Últimas 4 cifras del N° del Seguro Social

Masculino

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 del hogar, Teléfono del trabajo, Teléfono celular, 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)

Sección 3: Cuéntenos sobre el estado de residencia de la víctima.

La ley de Nevada limita la ayuda del VOCP a los ciudadanos de los Estados Unidos, o a aquéllos que tienen legalmente el derecho de "residir" (vivir sin restricciones legales) en los Estados Unidos en el momento en que se cometió el delito. NRS 217.220 (b)

¿La víctima es ciudadano de los EE.UU.?

Sí

No

Si no es ciudadano, ¿la víctima/solicitante tiene el derecho legal de "residir" en los EE.-UU.?

Sí

No

Si no tiene derecho a residir en los EE.UU., describa el estado de la víctima/solicitante:

Turista/visitante

Trabajador visitante

Extranjero indocumentado

Otro:

Si "Sí", saltar a la sección 4 a continuación:

Si "Sí", adjunte copia de la "tarjeta verde", pasaporte u otra documentación.

Sección 4: 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 un (1) 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 Vehiculares

Asalto

DUI/DWI

Robo

Robo de casa/propiedad

Fraude/Delitos Financieros

Asalto Sexual *

Abuso Físico/Abandono

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:**

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

Sí

No

Si "No", explique:

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

Sí

No

Si "No", explique:

Nombre y dirección del infractor: (*si lo sabe*)

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

Describa cómo ocurrió el delito:

Describa las lesiones sufridas por la víctima debido al delito:

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..**

Cuentas del hospital	Gastos funerarios y de entierro
Cuentas de ambulancia	Limpieza en la escena del delito (sólo reclamos por fallecimiento)
Cuentas médicas/dentales	Gastos de guardería
Medicamentos bajo receta	Gastos de mudanza o reubicación de emergencia
Visión/Anteojos	Vivienda temporal de emergencia o gastos para vivir
Quiropráctica/Fisioterapia	Reparaciones de sistemas de seguridad (sólo dueños de casa)
Pérdida de salario/Manutención	Atención médica a domicilio
Consejería/Salud Mental	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:		Empleo al momento del delito:	Idioma principal:	¿El alcohol o las drogas fueron un factor en este delito de alguna manera?
\$0 a \$10,000	\$40,000 a \$60,000	Empleado	Inglés	Sí No No se sabe
\$10,000 a \$20,000	\$60,000 a \$80,000	Empleado por cuenta propia	Español	
\$20,000 a \$30,000	\$80,000 a \$100,000	Desempleado	Asiático	
\$30,000 a \$40,000	Más de \$100,000	Jubilado	Otro:	
		Otro:		

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

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.

Agencia de cumplimiento de la ley	Defensor de víctimas
Fiscal/Procurador	Programa de servicios a víctimas (Safe Nest, Stop DUI, etc.)
Hospital/Clínica	Búsqueda por Internet
Profesional médico/dental	Periódicos/Medios de comunicación
Servicios de Protección al Menor	Amigo/Familiar
Consejero de salud mental	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:		Correo electrónico:

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 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?	Si el delito involucró un vehículo, ¿la víctima/solicitante o 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?
Sí No	Sí No	Sí No	Sí 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?		
Sí No No sé	Sí No 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:
--	---------------

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 Claim #:

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 Coroner's office to release any police, investigative, incident report, or coroner's 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:

Send Completed, Signed Applications to:	VOCP PO Box 94525 Las Vegas, NV 89193-4525
--	--

Scan and E-Mail to: applications@voc-net.com	Fax to: (888) 941-7890
--	------------------------