



## 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?

- Sí Si "Sí": *describa* el documento aquí:  
 No Si "Sí": **adjunte los documentos** a este formulario.

¿Hay alguna otra información que el funcionario de audiencias debería tener en cuenta?

- Sí Si "Sí", explique:  
 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:

*Para el sur de Nevada, enviar a:*  
Hearing Officer  
2200 South Rancho Drive  
Las Vegas NV 89102

*Enviar por fax a:*  
LV - (702) 486-2879  
CC - (775) 687-8441

*Para el norte de Nevada, enviar a:*  
Hearing Officer  
1050 E Williams St # 450  
Carson City NV 89701