

Criminal Injuries Compensation Board (CICB) / Junta de Compensación por Lesiones Criminales

Departamento de Seguridad Pública y Servicios Correccionales • 6776 Reisterstown Rd, Ste. 206 • Baltimore, MD 21215
 410-585-3010 • 1-888-679-9347 • (fax) 410-764-3815 • http://www.dpscs.state.md.us/victimservs/vs_cicb.shtml

SOLICITUD DE COMPENSACIÓN PARA VÍCTIMAS DE CRIMEN
 (Por favor escriba claramente y llene todo el formulario)

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA		NOMBRE DE LA VÍCTIMA:			 Número de Seguro Social
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento ____/____/____ (Mes/Día/Año)	Idioma Primario	Estado Civil	Número de Teléfono Seguro	Correo Electrónico
Dirección Corriente:					Condado:

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE		NOMBRE DEL RECLAMANTE (Si el reclamante es la víctima, escriba "MISMO")			 Número de Seguro Social*
Relación con la víctima _____ (Marque todos los que apliquen)					
<input type="checkbox"/> Padre De Un Niño Menor <input type="checkbox"/> Guardián Legal De Víctima <input type="checkbox"/> La Persona Responsable De Los COSTOS Relacionados Con El Crimen <input type="checkbox"/> Víctima Secundaria					
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento ____/____/____ (Mes/Día/Año)	Idioma Primario	Estado Civil	Número de Teléfono Seguro	Correo Electrónico
Dirección Corriente:					Condado:

*Bajo la autorización la ley de la reforma de impuestos, Acto de reformatorio del año 1976, 42 U.S.C § 405 (c)(2)(C)(i), La agencia, Junto de Compensación por Lesiones Criminales (CICB), Es necesario que el reclamante de el número de Seguro Social para verificar los pagos de impuesto u otros debido al Estado de Maryland. El Número de Seguro Social es útil para verificar los costos medicos y beneficios, sueldo, si recibio beneficios del Seguro Social, el departamento de Compensacion de trabajadores. Para CICB resolver su reclamo mas rapido, su autorizacion es necesaria.

_____ Autorizo que CICB obtenga y use mi número de Seguro Social.

_____ No autorizo que CICB use mi número del Seguro Social afuera del uso para verificar el pago de impuestos al estado de Maryland o deudas debidas al departamento de impuestos del estado de Maryland.

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DE CRIMEN		Fecha Y Hora del Crimen ____/____/____ HORA : <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM (Mes/ Día/ Año)		Fecha Y Hora Reportado a las Autoridades ____/____/____ HORA : <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM (Mes/ Día/ Año)	
Lugar del crimen (dirección, si sabido)					
Ciudad	Condado	Estado	Departamento de policía	Número del Reporte Policial	
Nombre del Detective		Número de Teléfono		Condado de la Corte	Número del caso de la Corte
Nombre de Persona(s) que Cometió el Crimen (Si Conocido) _____ Relación: _____ _____ Relación: _____ _____ Relación: _____ _____ Relación: _____			¿Ocurrió El Crimen en Su Empleo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Implicó El Crimen un Vehículo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Descripción del Crimen: (Si necesita mas espacio, escriba la informacion en una hoja adicional)					

**SECCIÓN 4:
COSTES MÉDICOS**

Si usted está presentado reclamo para los COSTOS médicos, adjunte TODAS las facturas detalladas y TODAS las declaraciones detalladas del seguro medico. **NOTA DE IMPORTANCIA:** Todos reclamantes tienen que solicitar para asistencia medica u otras organizaciones de ayuda, antes de solicitar asistencia de esta agencia.

Descripción de lesiones:

Listar o adjuntar nombres, direcciones, y números de teléfono de hospitales, médicos, dentistas, y proveedores de tratamiento: (Si necesita mas espacio, escriba la informacion en una hoja adicional)

¿Recibe usted beneficios de seguro médico? Sí No¿Si no, ha usted solicitado seguro médico? Sí No

Agencia de Seguro:

Número de la póliza:

Número de grupo de la póliza:

Cantidad del pagó:

¿Recibió Usted beneficios de asistencia médica? Sí No¿Si no, ha usted solicitado por asistencia médica? Sí No

Número de asistencia médica:

¿Recibió Usted beneficios de servicios sociales? Sí No¿Si no, ha usted solicitado beneficios de servicios sociales? Sí No

Cantidad del pagó:

**SECCIÓN 5:
COSTOS DE SALUD MENTAL**

Si la víctima o reclamante está presentando reclamo para los COSTOS de consejería, adjunte TODAS las cuentas detalladas y TODAS las declaraciones detalladas del seguro medico.

¿Son los costos de consejería para la víctima? Sí No

Si no, presente el nombre de la persona quien está reclamando los costos de consejería:

Haga un lista de los nombres, las direcciones, y los números de teléfono de los proveedores del tratamiento:

**SECCIÓN 6:
PÉRDIDA DE GANANCIAS**

Complete si la víctima o el reclamante está presentando un reclamo para la pérdida de ganancias. CICB puede considerar la pérdida de ganancias por el reclamante, la víctima, o una persona que ayudo a la víctima o al reclamante.

¿Falto la víctima, el reclamante, o personas apoyando al reclamante al trabajo o perdio dinero como resultado al crimen, por:

¿Lesiones físicas relacionadas al crimen?

 Sí No

¿Lesiones mentales relacionadas al crimen?

 Sí No

Fechas ausente de trabajo (Mes/Día/Año):

De ___/___/___ A ___/___/___

La certificación del médico es solamente necesaria cuando la solicitud es por la pérdida de ganancias debido a lesiones. CICB pedirá la certificación del proveedor del tratamiento que certifica las fechas que la víctima o el reclamante no pudo trabajar como resultado de lesión.

Nombre del abastecedor del tratamiento de certifica la pérdida de ganancias

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono

Información del Empleador

Nombre del Empleador

Dirección del Empleador

Nombre y Número de Teléfono del Empleador

Proporcione las copias del siguiente:

Pruebas de ingreso por dos semanas antes del crimen Y las copias de sus declaraciones W-2 o las declaraciones 1099 O las copias de impuestos recientemente archivadas del IRS.

¿Usted recibió beneficios de compensación de trabajadores? Sí No

Agencia:

Número de la póliza:

Cantidad del pagó:

¿Si no, usted aplica por compensación de trabajadores? Sí No

¿Recibió usted pago de vacación, anual, enfermedad o personal?

 Sí No

Cantidad del pagó:

**SECCIÓN 7:
DISCAPACIDAD**

Complete solamente si la víctima o el reclamante está buscando la compensación para una discapacidad causada por el crimen. Al completar esta sección, debe completar la sección 6.

¿Cual de las declaraciones siguientes describen su discapacidad el mayor?:

- Todavía estoy recuperandome y no puedo trabajar, pero espero volver al trabajo en un cierto punto (Discapacidad total temporal)
- He vuelto al trabajo, pero todavía estoy recuperandome de mi discapacidad. Puedo solamente realizar el trabajo a tiempo parcial o limitado (Discapacidad parcial temporal)
- No estoy recuperandome y he vuelto al trabajo pero me limitan en lo que puedo hacer. No volveré totalmente a las capacidades que tenía antes (Discapacidad parcial permanente)
- No estoy recuperandome, pero todavía no puedo volver al trabajo. No vovlere totalmente a las capacidades que tenía antes (Discapacidad total permanente)

Descripción de discapacidad:

¿Usted recibió pago de discapacidad? Sí No

¿Si no, usted aplicado por Discapacidad de Seguro Social? Sí No

Agencia:

Número de la póliza:

Cantidad del pagó:

**SECCIÓN 8:
PÉRDIDA DE APOYO**

Complete si la víctima o el reclamante está presentando un reclamo para la pérdida de ayuda. CICB puede considerar la pérdida de ayuda financiera cuando la perdida de vida de la victima es el resultado de un crimen, O si la persona que esta encarcelado es el mantenedor por los COSTOS familiar. Al completar esta sección, tiene que completar la sección 6, porque responde a la persona a quién usted está relamando dependencia.

Nombre del dependiente	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)	Relación con la víctima

Si estás reclamando la pérdida de ayuda, por favor proporcione las copias de los documentos siguientes:

- Las copias de los órdenes judiciales para la ayuda del niño o la ayuda nupcial
- Declaraciones por beneficios recibidos como resultado de muerte, (seguro de vida, beneficios del veterano, beneficios de pensión)
- Acta de nacimiento para los niños dependientes
- Documentos de la custodia, si alguien con excepción del padre de un niño esta presentando un reclamo para un reclamante
- Partidas de boda para las demandas de la ayuda nupcial
- Documentos demostrando elegibilidad de beneficios para sobrevivientes del Seguro Social

¿Recibió usted beneficios para sobrevivientes del Seguro Social? Sí No

Cantidad del pagó:

Si no, ¿ha usted solicitado beneficios para sobrevivientes del Seguro Social? Sí No

**SECCIÓN 9:
COSTES FÚNEBRES**

Complete si el reclamante está presentando un reclamo para los costes de fúnebres. Límites monetarios aplican. Proporcione por favor una copia del certificado de defunción y de todas las fracturas del entierro y los recibos en nombre del reclamante.

Nombre de la funeraria:		Nombre del fallecido:	
Dirección de la funeraria:			Número de teléfono:
Costes fúnebres totales:	La cantidad pagada por el reclamante:	La cantidad pagada por los otros:	Cantidad debida:
¿Ha recibido beneficios del difunto del Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Cantidad del pagó:	
¿Usted recibió beneficios de seguro de vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Cantidad del pagó:	
Agencia de Seguro:		Número de la póliza:	Cantidad del pagó:

SECCIÓN 10: **OTROS COSTES INCURRIDOS** **Usted también puede ser elegible para beneficios enumerados abajo. Los límites monetarios se aplican.**

Si usted ha tenido que limpiar una escena del crimen, usted puede ser elegible para la compensación. ¿Incurrió usted cualquier coste relacionado con la limpieza de la escena del crimen? Sí No Si es sí, por favor proporcione los recibos.

SECCIÓN 11: (OPCIONAL) **INFORMACIÓN ESTADÍSTICA DE LA VÍCTIMA** **La información siguiente se utiliza para los fines estadísticos solamente. La sumisión de esta información es terminantemente voluntario.**

Raza. En que categoría o categorías?

Blanca/Europeo/Americano Negra/Afro Americano Hispánica/Sur y Centro Americano
 Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático/Isleño Pacífico Otra

Nombre de país de nacimiento: _____

Discapacidad. ¿Es usted un persona que vive con una discapacidad? Sí No

Si es sí, cuál es la naturaleza de la discapacidad? Físico Mental De desarrollo

Referido. ¿Quién le refirió al la Junta de compensación por lesiones criminales?

Hospital Querellante Policía El programa de servicios de víctimas Cartel/folleto Abogado Otro

SECCIÓN 12: **REPRESENTACIÓN POR OTRAS**

Si cualquier otra persona o entidad en esta demanda le, como la víctima o el reclamante, está representando y quisiera que CICB se comunique con esa persona o entidad con respecto a su demanda, complete la siguiente información por favor.

INFORMACIÓN DE ABOGADO			INFORMACIÓN DE DEFENSOR DE SERVICIOS DE VÍCTIMAS		
Le representa un abogado: En la presentación de esta demanda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En un pleito civil se relaciono a esta demanda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hay una acción de seguro relacionado con este reclamo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En la sistema de justicia de criminales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Tiene usted un defensor de víctimas que le esta ayudando con esta forma y materias relacionadas con este crimen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre de abogado:			Nombre de defensor de servicios de víctimas:		
Nombre de la firma o de la organización:			Nombre del programa o agencia de servicios de víctimas:		
Dirección:			Dirección:		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono:	Número de fax		Número de teléfono	Número de fax	
Correo electronico			Correo electronico		

¿ Recibió usted otros beneficios financieros como resultado del crimen? Sí No

Tipo de beneficios recibido:

Cantidad del pagó:

Mi firma abajo significa que los abogados y/o los defensores de servicios de la víctima enumerados arriba son mis representantes para los propósitos de esta demanda. Como tal, la Oficina de compensación por lesiones criminales de Maryland tiene mi permiso para compartir la información con, pida la información de, y discute esta demanda con los abogados y/o los defensores de servicios de de la víctima enumerados arriba. También entiendo que si deseo revocar esta autorización, puedo hacer así pues, en la escritura, La oficina de compensación por lesiones criminales de Maryland (CICB) en cualquier momento.

Firma de reclamante

Fecha

**SECCIÓN 13:
AUTORIZACIÓN DE OBTENER INFORMACIÓN****Por favor lea y firme esta Autorización de obtener información. Compruebe por favor la caja y firmela con iniciales al lado de cada área con la cual usted acuerde permitir que el CICB obtenga la información.**

Autorizo por este medio el lanzamiento de la información siguiente la Oficina de compensación de lesiones criminales de Maryland:

- Cualesquiera expedientes de fúnebre, o expedientes de servicio relacionados, referente al crimen indicado en la demanda arriba.
- Cualquier verificación del empleo del patrón enumeró previamente en este uso.
- Cualquier cuenta médica, o declaración de los servicios proporcionados, referente al crimen indicado en la demanda arriba. OBSERVE POR FAVOR: La Oficina de compensación para lesiones criminales de Maryland no intentará obtener, u obtener, ninguna informes médicos relacionada con esta demanda sin expreso la notificación de usted de la petición y pedir que usted firme un lanzamiento separado de la información.
- Cualquier expediente de la policía, o expediente de otra entidad gubernamental, incluyendo estado y autoridades tributarias federales, referente al crimen indicado en la demanda arriba.
- Cualquier estado financiero de beneficios pagó ya a la víctima o al reclamante referente al crimen indicado en la demanda arriba.

También entiendo que si deseo revocar esta autorización, puedo hacer así pues, en la escritura, La oficina de compensación por lesiones criminales de Maryland (CICB) en cualquier momento.

Firma de reclamante_____
Fecha**SECCIÓN 13A: IMPORTANTE!
AUTORIZACIÓN DE OBTENER INFORMACIÓN
EN INGLÉS****Es Importante Que Firme Lo Sigiente.**

I hereby authorize the release of the following information to the Maryland Criminal Injuries Compensation Board:

- Any funeral records, or related service records, pertaining to the crime stated in the claim above.
- Any verification of employment from the employer listed previously on this application.
- Any medical bill, or statement of services provided, pertaining to the crime stated in the claim above. PLEASE NOTE: The Maryland Criminal Injuries Compensation Board will not seek to obtain, or obtain, any medical records related to this claim without expressly notifying you of the request and asking you to sign a separate release of information.
- Any police record, or record of another governmental entity, including State and federal taxing authorities, pertaining to the crime stated in the claim above.
- Any financial statement of benefits already paid to the victim or claimant pertaining to the crime stated in the claim above.

I also understand that if I wish to revoke this authorization, I may do so, in writing to the Maryland Criminal Injuries Compensation Board, at any time.

Firma de reclamante_____
Fecha**SECCIÓN 14:
ACUERDO DEL RECONOCIMIENTO Y DEL REEMBOLSO****Por favor lea y firme este acuerdo del reconocimiento y del reembolso**

El reclamante entiende que la Oficina de compensación por lesiones criminales de Maryland (CICB) es el pagador del último recurso. Si se concede una compensación, el reclamante acuerda específicamente informar al CICB y compensar el estado de Maryland para cualesquiera los fondos que el reclamante recibe de cualquier otra fuente que no se haya considerado ya. El reclamante acuerda compensar cualquier fondo que el reclamante reciba del delincuente, de cualquier otra persona o de fuente, incluyendo cualquier concesión para el dolor y sufrir. Una concesión crea un embargo preventivo a favor del estado de Maryland.

También, el reclamante esta de acuerdo con las condiciones y declaración en esta aplicación, si son intencionalmente o error falso o fraudulento. El reclamente puede asumir la responsabilidad de devolver fondos pagado por esta agencia CICB por parte de la víctima.

Firma de reclamante_____
Fecha