

COMMONWEALTH OF KENTUCKY  
CRIME VICTIMS COMPENSATION BOARD  
130 Brighton Park Blvd., Frankfort, KY 40601  
800-469-2120 / 502-573-2290

**COMPENSACION PARA LAS VICTIMAS DE CRIMENES**

***INFORMACION GENERAL E INSTRUCCIONES PARA REALIZAR UN RECLAMO***

***Siguiendo las instrucciones que aparecen debajo podrá agilizar el proceso de su reclamo***

- Lea la solicitud detalladamente y provea todos los documentos requeridos.
- Escriba en mayúscula de forma legible usando tinta azul o complete la solicitud a máquina.
- Una copia del informe policial debe ser suministrada adjuntamente.
- Envíe por correo ésta solicitud completamente terminada junto con toda la información obligatoria a la dirección que aparece arriba.
- La víctima debe ser una víctima inocente del crimen o de alguna conducta por la que pueda ser acusada de un crimen (una declaración de culpabilidad no es requerida).
- Sólo los gastos elegibles para los cuales la víctima/reclamante no tiene otra fuente de pago puede considerarse.
- La persona que realiza el reclamo en el nombre de la víctima puede ser una tercera persona que es obligada a pagar por las cuentas de la víctima en relación con el crimen; un tutor legal; el abogado o la persona que tenga poder legal otorgado por la víctima; un padre/madre si la persona es un menor; un esposo/esposa sobreviviente, un padre/madre, o un niño/niña víctima de una conducta criminal con daños por los cuales alguien muere como resultado directo de tal conducta quien ha pagado o debe gastos en relación con el crimen.
- El incidente debe ser informado a la policía dentro de las 48 horas; si no es informado dentro del tiempo requerido, se debe tener una causa que justifique tal acción.
- La víctima o la persona que realiza el reclamo debe cooperar con la ley y el tribunal (ejemplo: testificar y/o proveer información fidedigna requerida para enjuiciar al sospechoso de crimen).
- El límite para hacer un reclamo es de cinco años desde el momento del crimen, excepto que exista una causa que justifique una tardanza.
- CVCB no paga por ningún tipo de daño o pérdida de la propiedad, excepto por lentes correctivos destruidos o perdidos como resultado del crimen.
- La cantidad que CVCB puede pagar tiene un límite de \$5,000 para gastos de funeral y/o entierro y de \$25,000 en total por todos gastos resultantes del crimen.
- No se pueden aceptar aplicaciones sin un número de identificación emitido por el Gobierno para el reclamante o victim.

**IMPORTANTE**

Para acelerar la revisión de su reclamo, complete ésta forma en su totalidad y lo más precisamente posible. Ud. deberá presentar la documentación necesaria para su tipo de reclamo. Todos los reclamos serán investigados y verificados.

COMMONWEALTH OF KENTUCKY  
CRIME VICTIMS COMPENSATION  
BOARD

130 Brighton Park Blvd.  
Frankfort, KY 40601  
800-469-2120  
502-573-2290

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA**

RECLAMO NO: \_\_\_\_\_

INVESTIGADOR: \_\_\_\_\_

**SECCION I Información de la Víctima** (para ser completada por la víctima o la persona que completa la forma por la víctima)

Nombre de la Víctima: \_\_\_\_\_ Número de identificación emitido por el Gobierno: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  
Mes Día Año Al momento del crimen

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_ (celular): \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**SECCION II Información de la persona que completa la forma en nombre de la víctima** (para ser completado por la persona que ayuda a la víctima a hacer éste reclamo)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con la víctima: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social No. \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_ (celular): \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**SECCION III Información sobre el Crimen** (UD. DEBE ADJUNTAR UNA COPIA DEL INFORME POLICIAL)

Tipo de Crimen  
(Marque uno)

- Agresión
- Homicidio (asesinato)
- Agresión Sexual Adulto
- Agresión Sexual Niño/a
- Abuso Físico Niño/a
- Agresión Intrafamiliar
- DUI/Manejando Ebrio
- Otros \_\_\_\_\_

Lugar del Crimen: \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Condado

Fecha del Crimen: \_\_\_\_\_ Fecha Reportado: \_\_\_\_\_  
Mes Día Año Mes Día Año

Crimen Reportado a: \_\_\_\_\_  
Agencia del Orden Público

Fue el crimen reportado dentro de las 48 horas del suceso  Si  No

Si contesto no, por favor explique porque:

Nombre del Infractor: \_\_\_\_\_

¿Ha sido el infractor acusado de un crimen?  Si  No Si dice sí, que cargos: \_\_\_\_\_

¿Qué Corte?: Distrito: \_\_\_\_\_ Circuito: \_\_\_\_\_ Juvenil: \_\_\_\_\_  
Número de Caso Número de Caso Número de Caso



**SECCION IX. Información Financiera** (*Esta información es sobre la persona que está solicitando la asistencia.*)  
**Excluir gastos requeridos en este reclamo.**

Ingreso mensual total antes del accidente \_\_\_\_\_ Gastos pagados por mes \_\_\_\_\_

Ingreso mensual total actual \_\_\_\_\_ Gastos pagados por mes \_\_\_\_\_

Escriba TODAS las fuentes de ingresos: (incluya cada fuente de ingreso incluyendo el sueldo de su esposa/o, estampillas de comida, asistencia pública, manutención de menores, Seguro Social, pensiones, Indemnización por Accidente de Trabajo, beneficios de Veterano, AFDC, o cualquier otro ingreso de dinero.

Escribe los ingresos mensuales debajo.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SECCION X. Funeral / Gastos de Entierro** (*Esta sección debe ser completada sólo si la víctima ha fallecido*)

**REINTEGRO O PAGO DEL FUNERAL/GASTOS DE Entierro NO PUEDEN EXCEDER LOS \$5,000**

**DEBERA ADJUNTARSE EL CONTRATO DEL FUNERAL MOSTRANDO LA PERSONA RESPONSABLE**

Fecha del deceso: \_\_\_\_\_  
                                    Mes                                    Día                                    Año

Escriba los beneficios disponibles de cada una de las fuentes mencionadas a continuación: (Escriba todos los montos que ha recibido o que espera recibir por la víctima o por la persona que hace el reclamo por la víctima). **Esto incluye cualquier dinero que pueda recibir a través de contribuciones o donaciones.**

Seguro de Vida: \$ \_\_\_\_\_ Indemnización por Accidente de Trabajo: \$ \_\_\_\_\_ Seguro de Entierro: \$ \_\_\_\_\_

Seguro Social: \$ \_\_\_\_\_ Testamento: \$ \_\_\_\_\_ Otros: \$ \_\_\_\_\_

Nombre de la Casa Funeraria: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Calle Ciudad Estado Código Postal

Cantidad en Gastos Funerarios: \$ \_\_\_\_\_ ¿Ya han sido pagados? ( ) Si ( ) No

Si contesto sí, ¿quién hizo el pago? : \_\_\_\_\_ Relación con la víctima: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Calle Ciudad Estado Código Postal

**SECCION XI. Pérdida de Apoyo Económico** (*Complete ésta sección si Ud. depende financieramente de la víctima o si Ud. está solicitando la ayuda por alguien que depende financieramente de la víctima.*)

Situación laboral de la víctima al momento del crimen:  Empleado  Desempleado

Si estaba empleado, **DEBERA adjuntar la forma Employment Verification completada y firmada por el EMPLEADOR y NOTORIZADA.**

Escriba los ingresos que Ud. recibe ahora como resultado de la muerte de la víctima (**Ud. deberá escribir todos los ingresos que ha recibido y deberá adjuntar la documentación mostrando las cantidades y de dónde provienen.**)

Seguro Social: \$ \_\_\_\_\_ Indemnización por Accidente de Trabajo: \$ \_\_\_\_\_ Asistencia Pública: \$ \_\_\_\_\_

AFDC: \$ \_\_\_\_\_ Otros: \$ \_\_\_\_\_

(Fuente de Ingreso y Cantidad Recibida)

**SECCION XII. Información para el Gobierno Federal (Opcional /Sólo para uso Estadístico)**

Grupo Étnico (Víctima)

- Blanco
- Negro
- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Hispano (México, Puerto Rico, Cuba u otra cultura Hispana)
- Multiracial

- Ciudadano Norteamericano
- Discapacitado
- Crimen Federal
- Residente de Kentucky

¿Quién lo refirió al programa de compensación?

- Agencia Del Orden Público
- Defensor de la Víctima
- Juez
- Hospital
- Fiscal
- Otro \_\_\_\_\_

**SECCION XIII. Restitución y Juicio Civil (Complete la información respecto a los pagos que la corte ha ordenado pagarle a Ud. por el infractor o cualquier acuerdo que Ud. tenga o reciba como resultado del juicio)**

La víctima y/o la persona que completa la información por la víctima, planea o ha presentado una petición para un juicio civil en contra de cualquier persona en relación con los daños sufridos como resultado del crimen.  Si  No

Si contesto sí, nombre del abogado \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Al infractor la corte le ha ordenado pagar una restitución.  Si  No Si contesto sí, ¿cuánto? \$ \_\_\_\_\_

¿Cómo se pagará? \_\_\_\_\_

**SECCION XIV. Autorización y Sustitución**

**VERIFICACION DE LA SOLICITUD:** Por este medio certifico, sujeto a una penalidad, multa o encarcelamiento que la información contenida en ésta solicitud de Victims Compensation es verdadera y correcta en lo mejor de mis capacidades.

**SUBROGACION:** Con respecto al pago recibido del Crime Victims Compensation Board, en el evento que recupere daños o compensación del infractor o de alguna otra entidad pública o privada como resultado de las lesiones o fallecimiento que fue la base para que yo realizara un reclamo para obtener una compensación del fondo, estoy de acuerdo en devolver en su totalidad la cantidad recibida del fondo. A si mismo entiendo que una compensación de alguna entidad pública o privada incluye pero no está limitada a las organizaciones como, seguros, Medicare, Medicaid, Indemnización por Accidente Laboral, pagos por incapacidades, etc. También estoy de acuerdo y entiendo que en el futuro, ninguna parte de lo recuperado a través del Crime Victims Compensation Board podrá ser reducido por ningún cuenta o por ninguna otra razón.

Si elijo obtener una compensación por daños o una compensación daños o muerte de alguna fuente, avisaré prontamente al Crime Victims Compensation Board enviando copias de cualquier alegación, acuerdo, y cualquier otro documento relacionado con el caso. También estoy de acuerdo en cooperar con el Crime Victims Compensation Board si la Junta decide tomar acción en contra de alguna persona o entidad para la recuperación de toda o una parte de la compensación que he recibido del fondo.

**MEDICO / PSIQUIATRA / DESPIDO DEL EMPLEO:** Por este medio autorizo a cualquier hospital, médico, director de casa funeraria, empleador, compañía de seguro, la agencia de servicios sociales, la oficina de Seguro Social, un consejero de salud mental o un nosocomio, o cualquier otra persona o firma a brindar alguna o toda la información requerida. Entiendo y reconozco que mis informes de salud mental tal vez contengan información confidencial sobre mí, información respecto a drogas, abuso de alcohol, mi condición de enfermo de SIDA, u otra información personal. También reconozco y no culpabilizo a ningún hospital, médico, director de casa funeraria, empleador, compañía de seguro, la agencia de servicios sociales, la oficina de Seguro Social, un consejero de salud mental o a ningún empleado de su personal responsable por brindar información sobre mi informe.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**Ud. no está obligado a tener un abogado para asistirlo en completar su solicitud; de cualquier modo, si un abogado lo asiste en completar y enviar ésta solicitud, el abogado deberá firmar la solicitud.**

Nombre de Abogado: \_\_\_\_\_ Seguro Social o Identificación Federal: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del Abogado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**VERIFICACION DE EMPLEO**

**Para ser completada y firmada únicamente por el empleador**  
**DEBE estar NOTARIZADA**

COMMONWEALTH OF KENTUCKY  
CRIME VICTIMS COMPENSATION BOARD  
130 Brighton Park Blvd.  
Frankfort, KY 40601

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha del Crimen: \_\_\_\_\_ La víctima estaba empleada en el momento del crimen:  Si  No

Si contesto que sí, complete lo siguiente:

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección:

\_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código Postal

La víctima perdió días de trabajo a causa de los daños relacionados con el crimen:  Si  No

**Si contesto que sí, desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.**

La lista de abajo representa **MONTOS SEMANALES**

Ingresos Brutos: \$ \_\_\_\_\_ Dinero en Mano Por Semana: \$ \_\_\_\_\_

Retenciones de Impuestos Federales: \$ \_\_\_\_\_ Retenciones de Impuestos del Estado: \$ \_\_\_\_\_

Retenciones del Seguro Social: \$ \_\_\_\_\_

Otras retenciones (detallada): \$ \_\_\_\_\_ Días que normalmente trabaja por semana L M M J V Sab Dom  
(Por favor marque con un círculo)

La víctima ha regresado a trabajar:  Si  No El sueldo de la víctima continuó cuando ésta no trabajaba:  Si  No

Si el sueldo de la víctima continuó mientras la persona no trabajaba, complete lo siguiente:

	<i>Deducciones</i>	<i>Monto Por Semana</i>	<i>Desde (Fecha)</i>	<i>Hasta (Fecha)</i>
	Indemnización Laboral	\$		
	Desempleo	\$		
	Privadas o Salud	\$		
	Vacaciones	\$		
	Enfermedad	\$		
	Seguro proveído por Empleador	\$		
	Discapacidad	\$		
	Sindicato	\$		
	Otros, Especifique	\$		

\_\_\_\_\_  
Firma y Cargo del Empleador

SUBSCRIBE Y JURA ANTE MI \_\_\_\_\_

EL DIA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_

MI COMISION EXPIRA \_\_\_\_\_

NOTARIO PUBLICO: \_\_\_\_\_



COMMONWEALTH OF KENTUCKY  
 CRIME VICTIMS COMPENSATION BOARD  
 130 Brighton Park Blvd.  
 Frankfort, KY 40601  
 (800) 469-2120

**INFORME DEL CONSEJERO DE SALUD MENTAL**  
**Para ser completado por el CONSEJERO únicamente. Deberá incluir el Plan de Tratamiento.**

Persona que recibe servicios: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha del Crimen: \_\_\_\_\_

Fecha(s) en que la víctima estuvo incapacitada para trabajar: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.

El trauma y tratamiento son resultado directo del crimen:  Si  No

Persona que realiza el Reclamo: \_\_\_\_\_

Análisis del Expediente: \_\_\_\_\_

Descripción de la lesión y/o trauma psicológico resultante del crimen:

---



---



---



---

COMPañIA QUE PROVEE EL SEGURO MEDICO:

Nombre de la Compañía	Numero de Teléfono/ Extensión

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

**\*\*POR FAVOR ADJUNTE EL PLAN DE TRATAMIENTO SEPARADAMENTE\*\***

Firma Autorizada del Terapeuta / Consejero	Número de Teléfono		
Tipo de Licencia Especializada			
Dirección Postal	Ciudad	Estado	Código Postal
Licencia Profesional No. / Identificación Federal			