

# FAYETTE COMMONWEALTH'S ATTORNEY OFFICE

## Informe de Pérdidas para Restitución

116 N Upper Street, SUITE 300 | Lexington, KY 40507 | (859) 246-2060

**\*\*\*Por favor devuelva este informe dentro de 7 días\*\*\***

Commonwealth of Kentucky v. \_\_\_\_\_ (acusado)

**GASTOS MÉDICOS** (ambulancia, tratamiento médico, asesoramiento, etc.)

Tipo de atención médica	Nombre del proveedor médico	Dirección del proveedor médico

¿Tenía seguro? sí \_\_\_ no \_\_\_

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ Copago: \$ \_\_\_\_\_

**PROPIEDAD** (robado, destruido, dañado) Use hojas adicionales si es necesario.

artículo	Descripción, incluye la fecha de compra y el precio pagado	Valor del artículo en el momento del crimen
<b>Valor Total</b>		

¿Tenía seguro? sí \_\_\_ no \_\_\_

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ Franquicia Pagada: \$ \_\_\_\_\_

**ROBO DE TARJETAS DE CREDITO / CHEQUES:**

\$ \_\_\_\_\_

¿Fue reembolsado por su banco o tarjeta de crédito? sí \_\_\_ no \_\_\_

Total Tarjetas y Cheques

Si es así, ¿cuál es el nombre y la dirección de su banco o tarjeta de crédito? \_\_\_\_\_

**INGRESOS PERDIDOS**

\$ \_\_\_\_\_

Total Ingresos Perdidos

**OTROS GASTOS**

\$ \_\_\_\_\_

Total Otros Gastos

**He incluido documentación o recibos por estas pérdidas. Certifico que esto es verdadero y preciso con respecto a las pérdidas que he sufrido como resultado de este crimen.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Teléfono(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**\*\*\* Este informe debe ser completado, firmado y devuelto para pedir la restitución en su caso \*\*\***

**Por favor devuelva este informe dentro de 7 días**

**Restitución** es el reembolso pagado a la víctima debido a pérdidas ocurridas como resultado de los acciones del acusado.

**GASTOS MÉDICOS:** Por favor incluye una copia de las cuentas que recibió o pagó por atención médica obtenida como resultado directo del crimen contra usted. Si sus gastos fueron para medicamentos, dispositivos de asistencia u otros artículos directamente adquiridos en relación con su herida, incluye recibos. Para los gastos de consejería o terapia, incluye una copia de las cuentas que recibió o pagó por los servicios de salud mental obtenidos como resultado directo del crimen contra usted. Para cualquier tratamiento médico o de salud mental recibido, proporcione el nombre y la dirección o la persona o agencia donde recibió el tratamiento.

**PROPIEDAD:** Por favor incluye información específica y detallada sobre cualquier artículo que fue robado, dañado o destruido como resultado directo del crimen. La restitución se basa en el valor de mercado actual (cuánto habría valido el artículo en el momento en que fue robado / destruido) del artículo, no el precio original. Cualquier documentación que pueda proporcionar para verificar el valor de mercado actual de un artículo será útil para determinar su valor de restitución y debe incluirse al presentar este informe de pérdidas.

**INGRESOS PERDIDOS:** Si sufrió una pérdida de ingresos como resultado directo del crimen, debe incluir una **carta de su médico** indicando que la herida sufrida le impidió regresar a su empleo normal de una fecha específica a una fecha específica. También debe incluir una **carta de su empleador** verificando su fecha de inicio de empleo, su horario de trabajo regular y su salario por hora. La recuperación de salarios perdidos no se pedirá sin esta documentación.

**OTROS GASTOS:** Si ha sufrido una pérdida como resultado directo del crimen que es diferente de los ya mencionados, por favor los incluye en esta sección. Este incluye robo de efectivo; para obtener restitución por efectivo robado, es importante que tenemos documentación de la cantidad la explicación de por qué esa cantidad era en efectivo. Por ejemplo, el talón de un cheque de pago que fue cobrado, información sobre dónde se obtuvo el efectivo o un recibo de ATH que muestra la cantidad de efectivo y la fecha en que fue retirado.

### **Instrucción Adicional**

Si usted tiene gastos continuos, puede enviar este formulario con su información en este momento y luego hablar con su Defensor de las Víctimas o el Fiscal en su caso con respecto a cualquier gasto futuro. Las leyes aplicables de la restitución en un caso criminal no permiten que se pague a la víctima por dolor y sufrimiento, solo por gastos directos.

**También puede ser elegible para la Compensación de Víctimas de Crimen**, que es un fondo que ofrece asistencia financiera a víctimas inocentes de crímenes violentos. Para obtener más información y para obtener una petición, por favor llame al: 800-469-2120 o visite a <http://cvcb.ky.gov/>

Póngase en contacto con su Defensor de la Víctima o Fiscal para obtener más información.

Por favor devuelva este informe a:

**Blerina Gojani, Restitution Coordinator  
Commonwealth Attorney's Office  
116 North Upper Street, Suite 300  
Lexington, KY 40507  
bgojani@prosecutors.ky.gov**