

DECLARACIÓN FINANCIERA DE LA VICTIMA DEL CRIMEN

Favor de completar y devolver esta forma

Favor de proveer copias de recibos, estimados, facturas y cuentas.

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Teléfono Casa _____ Teléfono Trabajo _____

Asistente a Víctimas _____ No. de Caso DA _____

Acusado _____

Fiscalía del Condado de Lane
 Programa de Servicios a Víctimas
 125 E. 8th Avenue, Sala 400
 Eugene, Oregon 97401
 Teléfono: 541-682-4523
 Fax: 541-682-3693

Restitución es el dinero que la corte puede ordenar al acusado que pague a la víctima del delito por ciertas pérdidas incluyendo propiedad robada o dañada, gastos médicos, terapia o sueldos perdidos. La Restitución es sólo considerada por pérdidas directamente relacionadas al cargo (os) en contra del acusado (os). El Juez en un caso penal no puede ordenar al acusado pagar el dolor y sufrimiento de la víctima.

Por favor escriba debajo cualquier conflicto de horarios que puedan interferir con los procedimientos judiciales próximos (horarios de trabajo, vacaciones, citas médicas, etcétera)

Perdida de Propiedad: ¿La policía ha recobrado cualquiera de sus pertenencias robadas? SI NO
 Si contesto SI, ¿le han devuelto la pertenencia? SI NO

Favor de listar solo los objetos que **NO** han sido recobrados o que fueron dañados antes de su recuperación.

Descripción de la Propiedad	Valor de la Propiedad	Costo de Reemplazo
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$

Favor de añadir hojas adicionales si es necesario.

TOTAL \$ _____

¿Alguna Institución Financiera ha cubierto su pérdida? SI NO

¿La aseguradora del acusado cubrió su pérdida? SI NO

¿Su compañía de seguros cubrió la pérdida? SI NO

Aseguradora: Propiedad, Auto, Propietarios de Casa o Información Bancaria **(Favor de completar esta sección solo si ha hecho o piensa hacer un reclamo.)**

Compañía: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Persona de Contacto: _____ Monto del Deducible: _____

Número de Reclamo (claim#): _____ Número de Póliza: _____

¿Tiene algún reclamo pendiente con su aseguradora? SI NO

Cantidad que su aseguradora ya le ha pagado: _____

Perdidas Personales:

Si usted sufrió lesiones que requirieron atención médica o terapia de salud mental como resultado de este delito, favor de listar sus gastos.

Proveedor	No. de Cuenta	¿El costo ha sido pagado?	Costo Total hasta la fecha
		Si No	
		Si No	
		Si No	

TOTAL \$ _____

¿La aseguradora del acusado cubrió sus gastos médicos? SI NO

¿Su compañía de seguros cubrió sus gastos médicos? SI NO

¿Ha solicitado compensación del Programa de Compensación a Víctimas del Crimen? SI NO

Numero de reclamo _____

Aseguradora: Medica (Favor de completar esta sección solo si ha hecho o piensa hacer un reclamo.)

Compañía: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Persona de Contacto: _____ Monto del Deducible: _____

Número de Reclamo (Claim#): _____ Número de Póliza: _____

¿Tiene algún reclamo pendiente con su aseguradora? SI NO

Cantidad que su aseguradora ya le ha pagado: _____

Pérdida de Salario:

Usted puede recuperar los salarios perdidos si usted tuvo que tomar tiempo libre de su trabajo debido a una lesión (es) causada (s) como resultado del delito. Favor de proveer documentación de ingresos o talón de pago reciente.

Nombre del empleador: _____

Dirección y No. de teléfono del empleador _____

Número de horas/días tomados: _____ Cantidad de salarios perdidos: \$ _____

¿Utilizo licencia por enfermedad? SI NO ¿Uso tiempo de vacaciones? SI NO

La Ley de Oregon estipula que una persona comete el delito de falsificación no juramentada si la persona conscientemente hace una falsa declaración por escrito a un servidor público en conexión a una solicitud escrita o beneficio. Al firmar este documento, usted está certificando que la información aquí contenida es precisa y de su conocimiento.

_____ Firma

_____ Fecha

Autorización de Divulgación de Información

Por medio de la presente autorizo a cualquier hospital, doctor o centro médico o seguro ceder información de cuentas medicas con respecto al tratamiento de lesiones de _____ (nombre del paciente) en o alrededor de la fecha de _____ a la Fiscalía del Condado de Lane, Programa de Servicios a Víctimas.

I hereby authorize any hospital, physician or medical facility or insurance to release medical billing information relating to the treatment of injuries for _____ (patient name) on or about the date of _____ to the Lane County District Attorney, Victim Services Program.

_____ Firma del Paciente, Padre o Tutor
Signature of Patient, Parent or Guardian

_____ Fecha de Nacimiento
Birth Date

_____ Fecha
Date