


WISCONSIN

APLICACIÓN PARA BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN PARA VÍCTIMAS DE CRIMEN

La aplicación puede ser llenada por, o en nombre de, una persona que sufrió una lesión o que murió como resultado del crimen. El Programa puede ayudar a las víctimas de **algunos** crímenes, estos son especificados por los estatutos, y por ciertos gastos como facturas médicas o de salud mental u otras pérdidas directamente relacionadas con el crimen y cubiertos según el Programa. No todos los crímenes son cubiertos por el Programa.

El Programa no puede compensar por pérdidas de propiedad incluyendo dinero en efectivo, o por “dolor y sufrimiento.”

COMO DILIGENCIAR SU APLICACIÓN

- Por favor escriba la información con una pluma, claramente y en letra de molde con tinta. Es necesario llenar una aplicación distinta para cada víctima lesionada.
- Incluya copias de las cuentas médicas relacionadas al crimen que ya han sido recibidas, y envíe las otras cuentas a medida que las vaya recibiendo. El Programa requiere que las cuentas sean detalladas. Es la responsabilidad del solicitante de documentar las pérdidas. **Si estos gastos pueden ser reembolsados por el seguro, la Asistencia Médica u otras fuentes de cobertura de gastos de cuidados médicos y de salud mental, se debe consultar a un proveedor que pertenece al grupo o a la red. Si no se usan estas otras fuentes primero, quizás el Programa no pueda considerar reembolsar los gastos.**
- Después de llenar la aplicación, envíela al Programa de Compensación Para Víctimas de Crimen cuanto antes. No espere hasta que termine el tratamiento o el juicio.
- La aplicación debe ser firmada por la víctima o por el padre o el tutor legal si la víctima es tiene menos de 18 años Si la víctima ha fallecido, la aplicación puede ser firmada por un miembro de la familia o por el administrador de la herencia de la víctima.
- Provea toda la información pedida por la Oficina del Fiscal de Distrito con prontitud. No es necesario enviar esta aplicación del Programa de Compensación Para Víctimas de Crimen al fiscal.
- Complete la aplicación y envíela a la dirección indicada al pie de esta página. El Programa le enviará una carta al solicitante confirmando que se recibió la aplicación. Si no recibe una carta en un plazo de dos semanas después de haber mandado la aplicación, llame al Programa. Avise el Programa de cualquier cambio de su dirección o número de teléfono. Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar al (608) 264-9497 o al número gratuito 1-800-446-6564. **Guarde esta hoja para su referencia.**

RECUERDE

- El crimen debe ser **reportado a una agencia policíaca en el término de 5 días del incidente** y la víctima debe cooperar con la policía durante la investigación, el procesamiento y el juicio de cualquier sospechoso. **La aplicación se debe entregar al Programa en un plazo de 1 año después de la fecha del incidente.** Sin embargo, hay circunstancias limitadas en las que se pueda hacer una excepción. Si el crimen no fue reportado en un plazo de 5 días o si la aplicación no fue entregada en un plazo de 1 año después de la fecha del incidente, incluya una carta que explica los motivos de la demora. Las víctimas que eran menores a la vez del incidente pueden marchar en fila la aplicación entre 1 año del cumpleaños dieciocho.
- Cualquier dinero que se recibe de otras fuentes como la restitución, los juicios, acuerdos del seguro, etc. debe ser enviado al Programa para cubrir los gastos del crimen que ya fueron pagados por El Programa.

Wisconsin Department of Justice
Crime Victim Compensation Program
Post Office Box 7951
Madison, WI 53707-7951
(608) 264-9497 ó 1-800-446-6564 (Línea gratis)

Toda la información será verificada por El Programa de Compensación Para Víctimas de Crimen. Sección 949.17 de los estatutos de Wisconsin estipula castigos por personas que presentan aplicaciones fraudulentas.

	WISCONSIN	<h1 style="margin: 0;">APLICACIÓN COMPENSACIÓN VÍCTIMA DE CRIMEN</h1> <p style="margin: 0;">PO Box 7951 Madison, WI 53707-7951 (608) 264-9497 ó 1-800-446-6564 (Línea gratis) WI Estatutos Capítulo 949</p>	RECLAMO NO: _____ FECHA RECIBO: _____ <p style="text-align: center; font-size: 0.8em;">(Para uso exclusivo de la Oficina)</p>
--	-----------	---	---

POR FAVOR ASEGURESE DE FIRMAR LA APLICACIÓN EN LA ÚLTIMA PÁGINA
LA APLICACIÓN SE DEBE ENTREGAR AL PROGRAMA EN UN PLAZO DE 1 AÑO DESPUÉS DE LA FECHA DEL INCIDENTE

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA

1. Nombre de la víctima		Apellido de la víctima		2. <input type="checkbox"/> Mujer	3. Fecha de Nacimiento	
				<input type="checkbox"/> Hombre	/ /	
4. Número de seguro social		5. Dirección				
6. Ciudad		7. Estado	8. Código de área		9. Condado	
10. Teléfono Casa ()		11. Teléfono Celular ()		12. Teléfono Oficina ()		
13. Esta la víctima siendo representada por un abogado debido a este crimen:			14. Nombre del Abogado			
Llenando esta aplicación? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Dirección			
En una demanda civil? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Ciudad		Estado	Código de área
En una acción con el seguro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
15. La siguiente información de la víctima es usada para propósitos estadísticos solamente y es solicitada para cumplir con las regulaciones federales.						
A. Discapacitado			B. Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano ó Nativo de Alaska			
Antes del Crimen: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático/Islands del Pacifico			
Después del Crimen: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro			
C. Como se enteró del Programa de Compensación? (Marque todas las que apliquen)						
<input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Abogado <input type="checkbox"/> Libertad condicional <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Afiche ó Folleto <input type="checkbox"/> Fiscal de Distrito <input type="checkbox"/> Programa de Asalto Sexual <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Anuncio de Servicio Público <input type="checkbox"/> Programa Víctima /Testigo <input type="checkbox"/> Programa de Abuso Doméstico <input type="checkbox"/> Director Funeraria <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Otro						

SECCIÓN 2: PERSONA QUE LLENA LA APLICACIÓN CUANDO LA VICITMA ES UN MENOR, TIENE UN GUARDIAN, O SI LA VÍCTIMA HA FALLECIDO.

1. Nombre de la persona			2. Relación con la víctima			
3. Dirección		4. Ciudad		5. Estado	6. Código de área	
7. Teléfono Casa ()		8. Teléfono Celular ()		9. Teléfono Oficina ()		

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN SOBRE EL CRIMEN

1. Tipo de Crimen (Marque todas las que apliquen)

<input type="checkbox"/> Homicidio	<input type="checkbox"/> Violencia Doméstica	<input type="checkbox"/> Atropellado por conductor que huyó	<input type="checkbox"/> Conductor Embriagado/ DUI
<input type="checkbox"/> Intento de Homicidio	<input type="checkbox"/> Abuso físico de un menor	<input type="checkbox"/> Asalto Sexual	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Asalto/Golpiza	<input type="checkbox"/> Abuso sexual de un menor	<input type="checkbox"/> Robo	

2. Lugar del Crimen: Dirección _____ 3. Ciudad _____ 4. Estado _____ 5. Condado _____

6. Fecha del Crimen / / 7. Fecha de reporte del Crimen / / 8. Estación de policía en el que fue reportado el crimen _____ Nombre del Oficial de Policía _____

9. Nombre(s) del agresor(s): _____

10. Conocía la víctima al agresor(es)? Si No

Descripción del Crimen (opcional):

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN GASTOS MÉDICOS

1. Nombre y dirección del centro médico donde fue atendido por primera vez: _____ 2. Fecha en que fue atendido: / /

3. Recibió ó recibirá tratamiento médico/mental? Si No No sabe

SECCIÓN 5: OTROS GASTOS

Servicios Domésticos \$ _____ Limpieza escena del crimen documentada \$ _____

Asegurar escena del crimen \$ _____ Propiedad retenida como evidencia y dañada para pruebas de Lab \$ _____

Ropa/Ropa de cama retenida como evidencia y de valor razonable:

_____ \$ _____ _____ \$ _____

_____ \$ _____ _____ \$ _____

SECCIÓN 6: INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS Y BENEFICIOS

1. Tenía seguro u otra fuente de pago para cubrir los gastos al momento del crimen? Si No

2. Marque todos los que apliquen:

<input type="checkbox"/> Empleador/Sindicato	<input type="checkbox"/> Compensación del empleado	<input type="checkbox"/> Asistencia Médica/Título 19	<input type="checkbox"/> Seguro de vivienda
<input type="checkbox"/> Beneficios de Veterano	<input type="checkbox"/> Programa Welfare/GAMP	<input type="checkbox"/> Seguro de la Víctima/Conyugue/Padres	<input type="checkbox"/> Programa Badger Care
<input type="checkbox"/> Demanda	<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Otro (describa) _____

SECCIÓN 7: CRIMENES QUE INVOLUCRAN VEHICULOS MOTORIZADOS

Tenía la víctima seguro de automóvil? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Nombre de la compañía: _____
Tenía el conductor seguro de automóvil? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Nombre de la compañía: _____
Tenía el agresor seguro de automóvil? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Nombre de la compañía: _____

SECCIÓN 8: INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Complete esta sección **SOLAMENTE** si la víctima estaba trabajando al momento de la lesión.

1. Perdió la víctima tiempo de trabajo inmediatamente después del crimen? Si No No sabe

2. Es la víctima empleado independiente? Si No

3. Fecha en que estuvo ausente del trabajo debido a las lesiones: Desde _____ Hasta _____

4. Nombre del Empleador _____ 5. Teléfono del Empleador () _____

6. Dirección del Empleador _____ 7. Ciudad _____ 8. Estado _____ 9. Código de área _____

PARA CRIMENES QUE TERMINAN EN FALLECIMIENTO

SECCIÓN 9: GASTOS FUNERARIOS

1. Nombre de la funeraria		2. Dirección	
3. Ciudad	4. Estado	5. Código de área	6. Teléfono ()
7. Seguro de Vida <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		Monto: \$ _____ Beneficiario _____	

SECCIÓN 10: DEPENDIENTES FINANCIERAMENTE APOYADOS POR LA VÍCTIMA AL MOMENTO DE LA MUERTE

	Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	Relación con la víctima
	/ /	
	/ /	
	/ /	

NOTA: Si la reclamación es aprobada, el Programa quizás pueda ayudar a ciertos miembros de la familia de la víctima fallecida con la pérdida debido a reacciones emocionales/físicas a la muerte. Para más información comuníquese con la oficina del Programa de Compensación para Víctimas de Crimen.

ACUERDO

- Con mi firma certifico que la información dada en esta aplicación es verdadera y correcta.
- Certifico que los pagos de las facturas puedan ser hechos directamente a quien se le deba.
- Entiendo que el Programa de Compensación reembolsa por el valor no cubierto por ninguna otra fuente.
- Acuerdo notificar al Programa de Compensación para Víctimas de Crimen en el caso de entablarse una demanda.
- Acuerdo devolver al Programa de Compensación el dinero pagado por el Programa en el caso de recibir dinero de otra fuente.
- Acuerdo devolver al Programa de Compensación la totalidad del dinero pagado por el Programa si esta reclamación es encontrada falsa o fraudulenta.

AUTORIZACIÓN

Yo autorizo y solicito a cualquier persona que tenga información requerida para procesar mi reclamación por el Programa de Compensación para Víctimas, para que entregue esa información al Departamento de Justicia del estado de Wisconsin. Esto incluye, pero no esta limitado, a todos los registros de mi pasado judicial; hospitales privados o públicos; policía local, estatal y federal, ministerio público y personal de tribunal federal; cualquier patrón; y cualquier empresa privada o agencia gubernamental que provea o pueda proporcionar beneficios médicos o monetarios. Una fotocopia o facsímile de esta autorización será considerada tan eficaz y válida como el original.

Yo autorizo al Programa de Compensación para Víctimas de Crimen a entregar copias de las facturas médicas relacionadas con el crimen e información sobre salario a la Oficina del Fiscal de Distrito para determinación y documentación de la restitución. Yo certifico que entiendo y estoy de acuerdo con lo anteriormente declarado.

Firma de la Víctima o Persona que llena la aplicación

Fecha

ENVÍE ESTA APLICACIÓN DEBIDAMENTE DILIGENCIADA A:

**Wisconsin Department of Justice
Crime Victim Compensation Program
Post Office Box 7951
Madison, WI 53707-7951
FAX (608) 264-6368**

**PARA ASISTENCIA LLAME: En Madison (608) 264-9497
Línea gratis 1-800-446-6564**