

Solicitud

La Comisión de Indemnizaciones para
Víctimas de Crímenes de Minnesota



La Comisión de Indemnizaciones para Víctimas de Crímenes de Minnesota proporciona asistencia financiera a las víctimas de crímenes violentos y a sus familiares para gastos relacionados al crimen que no pueden ser reembolsados por el seguro u otras fuentes. Los gastos por daños a la propiedad o bienes robados no están cubiertos.

Instrucciones

Si necesita ayuda para completar este formulario de solicitud, comuníquese con nuestra oficina o su programa local de asistencia para víctimas. Visite nuestro sitio web para obtener una lista de los programas de asistencia para víctimas. Por favor lea la siguiente información antes de completar el formulario:

- Escriba claramente y proporcione toda la información que sea posible.
- Envíe la solicitud tan pronto como sea posible. Los documentos adicionales se pueden enviar más tarde.
- Complete un formulario de solicitud por cada víctima.
- Si la víctima es menor de edad, es incapacitada o ha fallecido, un padre, tutor o pariente debe presentar la solicitud en nombre de la víctima.
- Incluya copias de todos los gastos (facturas médicas, recibos, estado de cuenta de seguro) que tenga.
- Complete el formulario W9 (página 5) para la persona que pueda recibir un pago directo.
- Firme y feche la autorización (página 6). El período de tiempo en la sección 15 debe abarcar desde la fecha del crimen hasta el último día del tratamiento previsto.
- Envíe su solicitud de reclamo completada por correo, fax o correo electrónico a la dirección a continuación.

Requisitos de elegibilidad

- Víctima de un crimen en Minnesota, o es un residente de Minnesota que ha sido víctima en un país que no cuenta con un programa de compensación a las víctimas
- El crimen debe ser informado a la policía dentro de 30 días (excepciones para casos del abuso de menores y asalto sexual)
- El reclamo debe ser presentado dentro de los tres años a partir de la fecha del crimen (aplican algunas excepciones)
- La víctima o reclamante debe cooperar plenamente con la policía y el procesamiento judicial
- Los beneficios pueden ser reducidos o negados si la víctima contribuyó al incidente por su propia conducta o actividad criminal.

*Hay otros factores no mencionados que podrían hacerlo inelegible para recibir beneficios.

Gastos cubiertos

- Médico/Dental
- Consejería
- Millas recorridas a las citas médicas/salud mental
- Salarios perdidos
- Funeral/Entierro
- Beneficios a Sobrevivientes
- Gastos varios (ver folleto)

* Aplican Topes/límites



Office of Justice Programs
Crime Victims Reparations Board
445 Minnesota Street, Suite 2300•St. Paul, MN 55101
651-201-7300•888-622-8799•Fax 651-296-5787•TTY 651-205-4827
dps.justiceprograms@state.mn.us
ojp.dps.mn.gov



SOLICITUD DE INDEMNIZACIONES PARA VÍCTIMAS DE CRÍMENES

Fecha en que se recibió: (Sólo para uso de la oficina)	Complete y presente a: Minnesota Crime Victims Reparations Board 445 Minnesota Street, Suite 2300 St. Paul MN 55101-1515 651.201.7300 ó 1.888.622.8799 (línea gratuita) 651.296.5787 (fax) 651.205.4827 (teléfono de texto) dps.justiceprograms@state.mn.us	Número de reclamo: Especialista en reclamos: (Sólo para uso de la oficina)
--	--	--

SECCIÓN 1. INFORMACIÓN SOBRE LA VÍCTIMA		Nombre de la persona lesionada o muerta a causa del crimen violento. Complete un formulario de solicitud por cada víctima.	
Nombre de la víctima (apellido, primer nombre e inicial)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Número de Seguro Social o ITIN
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Cuál es el idioma preferido de la víctima y/o el reclamante? <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> otro _____		¿La víctima falleció? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Dirección (incluya el N° del apartamento)	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		Correo electrónico	

SECCIÓN 2. INFORMACIÓN SOBRE EL RECLAMANTE	Complete sólo si la(s) persona(s) que presenta la solicitud no es la víctima. Si la víctima es menor de edad, incapacitado o ha fallecido, esta sección debe ser completada por un padre, tutor o pariente.
---	--

Reclamante 1			
Nombre del reclamante (apellido, primer nombre e inicial)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Número de Seguro Social Ninguno <input type="checkbox"/>
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Parentesco con la víctima <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Ex cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro _____		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		Correo electrónico	

Reclamante 2			
Nombre del reclamante (apellido, primer nombre e inicial)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Número de Seguro Social Ninguno <input type="checkbox"/>
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Parentesco con la víctima <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Ex cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro _____		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		Correo electrónico	

SECCIÓN 3. FUENTE DE REFERENCIA	¿Cómo se enteró del programa de indemnizaciones?		
<input type="checkbox"/> Fiscal/Procurador	<input type="checkbox"/> Hospital/Clinica	<input type="checkbox"/> Programa de asalto sexual	<input type="checkbox"/> Funeraria
<input type="checkbox"/> Programa de abuso doméstico	<input type="checkbox"/> Policía	<input type="checkbox"/> Servicios sociales, clérigo o escuela	<input type="checkbox"/> Página web
	<input type="checkbox"/> Libertad condicional	<input type="checkbox"/> Programa de asistencia a las víctimas	<input type="checkbox"/> Otro _____

SECCIÓN 4. INFORMACIÓN DEL CRIMEN	Fecha del crimen	Fecha reportado	Condado donde ocurrió el crimen
Departamento de policía	Número del reporte de policía		Nombre del oficial investigador
¿Involucró el crimen? <input type="checkbox"/> Violencia familiar <input type="checkbox"/> Acoso escolar <input type="checkbox"/> Abuso de anciano <input type="checkbox"/> Crimen de odio <input type="checkbox"/> Violencia masiva			
Tipo de crimen (marque todas las que correspondan):			
<input type="checkbox"/> Agresión/Asalto	<input type="checkbox"/> Agresión sexual de adulto	<input type="checkbox"/> Secuestro	<input type="checkbox"/> Incendio provocado
<input type="checkbox"/> Homicidio	<input type="checkbox"/> Abuso físico de menores	<input type="checkbox"/> DWI (Manejar bajo influencia)	<input type="checkbox"/> Robo domiciliario
<input type="checkbox"/> Robo	<input type="checkbox"/> Abuso sexual de menores	<input type="checkbox"/> Otro crimen vehicular	<input type="checkbox"/> Fraude/crimen financiero
	<input type="checkbox"/> Pornografía infantil	<input type="checkbox"/> Acecho	<input type="checkbox"/> Terrorismo
	<input type="checkbox"/> Tráfico humano		<input type="checkbox"/> Otro
Describa brevemente el crimen y las lesiones. Adjunte páginas adicionales si es necesario.			
Nombre(s) del/de los agresor(es) (si se conoce)			Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
			Fecha de nacimiento

SECCIÓN 5. INFORMACIÓN DE REPORTE FEDERAL	La siguiente información es voluntaria y se utiliza sólo para propósitos estadísticos para cumplir con normas federales.		
Etnicidad de la víctima:	<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Multirracial	País de nacimiento
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro	¿La víctima estaba incapacitada antes de la fecha del crimen? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Blanco	

SECCIÓN 6. INFORMACIÓN AUTORIZADA DE CONTACTO	Su reclamo es confidencial. Si quiere dar permiso a alguien (padre/madre, cónyuge, trabajador social) para hablar de su reclamo con la Comisión, debe enumerar las personas autorizadas a continuación.	
Nombre	Parentesco con usted	Teléfono
Nombre	Parentesco con usted	Teléfono

SECCIÓN 7. REPRESENTACIÓN POR PARTE DE OTROS	La Comisión está autorizada a revelar información privada y confidencial sobre este reclamo a los representantes que se enumeran a continuación.				
INFORMACIÓN DE ABOGADO			INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA A LAS VÍCTIMAS		
¿Está usted representado en este asunto por un abogado privado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			¿Está usted trabajando con un defensor de víctimas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Nombre del abogado			Nombre del defensor/intercesora		
Firma de abogados			Programa de asistencia a las víctimas		
Dirección			Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Fax		Teléfono	Fax	

SECCIÓN 8. OTRAS FUENTES DE PAGO	Todas las facturas deben presentarse primero a su compañía de seguro para el pago. La Comisión no pagará si usted no utiliza otras fuentes que tiene a su disposición.			
¿Contaba con seguro u otra fuente de pago para cubrir los gastos relacionados con el crimen? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
Marque todas las que correspondan:				
<input type="checkbox"/> Seguro médico	<input type="checkbox"/> Seguro de propietario de vivienda	<input type="checkbox"/> Asistencia médica (MA)	<input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos	
<input type="checkbox"/> Seguro dental	<input type="checkbox"/> Discapacidad a largo/corto plazo	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Compensación laboral	
<input type="checkbox"/> Seguro automotor	<input type="checkbox"/> Seguro social por discapacidad	<input type="checkbox"/> MNSure	<input type="checkbox"/> Otro _____	
Complete los datos para todas las fuentes adicionales que pueden pagar los gastos relacionados con el crimen o adjunte una copia de la tarjeta de seguro.				
Compañía de seguro	Dirección	Teléfono	Póliza	Grupo
Compañía de seguro	Dirección	Teléfono	Póliza	Grupo
Compañía de seguro	Dirección	Teléfono	Póliza	Grupo
ADJUNTE LA EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO PARA TODOS LOS PAGOS Y/O NEGACIONES				

SECCIÓN 9. PÉRDIDA DE INGRESOS	Complete sólo si la víctima o el reclamante perdió sus ingresos debido a lesiones causadas por el crimen y está buscando recuperar ingresos perdidos.
---------------------------------------	---

Información de empleo de la víctima				
¿Estaba empleada la víctima el día del crimen? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Trabajaba por cuenta propia cuando ocurrió el crimen? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí En caso afirmativo, presente una copia de la última declaración del impuesto.		Su ocupación/cargo	
Nombre de la empresa del empleador	Nombre del supervisor	Teléfono	Fax	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Primera día que faltó	Fecha cuando regresó al trabajo	¿Ocurrió el crimen mientras que la víctima estaba en el trabajo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
¿Recibió algún beneficio por el tiempo perdido de trabajo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Compensación laboral <input type="checkbox"/> Licencia por enfermedad <input type="checkbox"/> Pago de vacaciones <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____				
Médico/consejero que pueda verificar la discapacidad	Hospital/Clínica		Dirección	

Información de empleo del reclamante (Si hay más de uno, adjunte una hoja separada con toda la información requerida)				
Nombre del reclamante	¿Trabajaba por su cuenta propia en la fecha del crimen? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí En caso afirmativo, presente una copia de la última declaración del impuesto.			
Nombre de la empresa del empleador	Teléfono	Fax	Su ocupación/cargo	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Primera día que faltó	Fecha cuando regresó al trabajo	¿Por qué faltó al trabajo? <input type="checkbox"/> Para brindar atención a la víctima <input type="checkbox"/> Citas médicas/consejería <input type="checkbox"/> Daño emocional del crimen		
¿Recibió algún beneficio por el tiempo perdido de trabajo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Compensación laboral <input type="checkbox"/> Licencia por enfermedad <input type="checkbox"/> Pago de vacaciones <input type="checkbox"/> Luto/duelo <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____				

SECCIÓN 10. GASTOS MÉDICOS Y DENTALES		Enumere los proveedores de salud que trataron las lesiones relacionadas con el crimen, incluyendo farmacias. Adjunte facturas y recibos si están disponibles. También debe enumerar los proveedores en la autorización (página 6).	
Proveedor	Dirección	Teléfono	
Proveedor	Dirección	Teléfono	
Proveedor	Dirección	Teléfono	
Proveedor	Dirección	Teléfono	

SECCIÓN 11. GASTOS DE TERAPIA DE SALUD MENTAL		Enumere los proveedores de salud mental que trataron a la víctima y/o el reclamante. Adjunte facturas y recibos detallados, si están disponibles. También debe enumerar los proveedores en la autorización (página 6).	
Paciente	Consejero/Clínica	Dirección	Teléfono
Paciente	Consejero/Clínica	Dirección	Teléfono
Paciente	Consejero/Clínica	Dirección	Teléfono

COMPLETE LAS SECCIONES 12 y 13 SÓLO SI LA VÍCTIMA FALLECIÓ COMO CONSECUENCIA DEL CRIMEN

SECCIÓN 12. GASTOS FUNERARIOS		Enumere todas las funerarias/cementerios que prestaron servicios. Adjunte copias de los contratos funerarios y de entierro, si están disponibles. Adjunte recibos si usted tuvo gastos de viaje/alojamiento para asistir al funeral.	
Funeraria/Cementerio	Dirección	Teléfono	
Funeraria/Cementerio	Dirección	Teléfono	

SECCIÓN 13. PÉRDIDA DEL RESPALDO ECONÓMICO PARA LOS DEPENDIENTES DE LAS VÍCTIMAS FALLECIDAS		Los beneficios por la pérdida del respaldo económico se pagan a los dependientes (cónyuge/pareja, hijos menores) de la víctima fallecida. El tutor legal debe presentar un reclamo en nombre del hijo menor de edad.	
¿La víctima brindaba respaldo económico a un cónyuge/pareja en el momento de su muerte? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
Nombre del cónyuge/pareja	Dirección	Teléfono	
¿La víctima tiene hijos dependientes menores de 18 años? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
Hijo/a	Tutor	Dirección	Teléfono
Hijo/a	Tutor	Dirección	Teléfono
Hijo/a	Tutor	Dirección	Teléfono



400 Centennial Building
658 Cedar Street
St. Paul, MN 55155
Fax: (651) 797-1306
Vendor.mmbefax@state.mn.us

SUBSTITUTE FORM W-9

Name and Address

Three horizontal lines for Name and Address

Date: _____

Vendor Number: _____

SUBJECT: Request for Taxpayer Information. (Failure to furnish a taxpayer identification number makes you subject to a penalty of \$50.)

The purpose of this form is to obtain or confirm your correct taxpayer name and identification number. Federal and state tax regulations require that we have this information from recipients of certain payments in order to report such payments to the Internal Revenue Service on the Form 1099 Return.

Please complete items 1, 2, and 3 below. If you have any questions, phone (651) 201-8201 for assistance. Send, fax or e-mail the completed form to the address in the upper right corner.

1. Check your tax filing status below and enter your social security number or federal employer identification number. If you have been issued a separate Minnesota tax identification number, write it in the space provided.

If you have recently applied for a taxpayer number, write "Applied For" in the space for the number.

Form section with checkboxes for tax filing status (Individual, Sole Proprietorship, Corporation, S Corporation, Legal Partnership, Tax Exempt Organization, Other) and fields for SOCIAL SECURITY NUMBER (SSN), FEDERAL EMPLOYER IDENTIFICATION (FEIN), and MINNESOTA TAX I.D. NUMBER (IF APPLICABLE).

2. Print the full name belonging to the social security number or employer identification number written above.

Horizontal line for printing full name

3. Certification. Under penalty of perjury, I certify the number shown on this form is my correct taxpayer identification number.

Signature _____ Phone No.: _____ Date _____

PRIVACY ACT NOTICE - Internal Revenue code Section 6109 requires you to furnish your correct taxpayer identification number to payers who must file information returns with IRS. IRS uses the numbers for identification purposes and to help verify the accuracy of your tax return. Payers must generally withhold 28% of taxable interest and certain other payments to a payee who does not furnish a TIN to a payer.

COMPLETE LAS SECCIONES 15 Y 18

SECCIÓN 14. CESIÓN DE LOS DERECHOS DE SUBROGACIÓN
Acepto que la Comisión se subroga en la medida de las indemnizaciones otorgadas y a todos mis derechos de obtener beneficios por la pérdida económica provenientes de otra fuente. Cedo tales derechos a la Comisión para que ésta pueda proteger su propósito de subrogación. Acepto informar a la Comisión por escrito si entablo una demanda legal (litigio) civil o recibo dinero en concepto de restitución en relación con el crimen.

SECCIÓN 15. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REVELAR INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE			
Doy mi consentimiento para que se revelen todos los expedientes de atención médica del paciente _____, fecha de nacimiento ____/____/____, incluidos los expedientes sobre consumo de alcohol o drogas y tratamiento psiquiátrico, a la Comisión de Indemnizaciones para Víctimas de Crímenes en Minnesota, cualquiera haya sido el proveedor de servicios de tratamiento médico y de salud mental, incluidos pero no limitados a los proveedores que se enumeran a continuación. Autorizo al personal de CVRB para completar esta sección en mi nombre, si fuese necesario.			
1.	2.	3.	4.
5.	6.	7.	8.
9.	10.	11.	12.
El consentimiento para revelar la información del paciente cubre el período de tiempo desde: / / hasta: / /			

SECCIÓN 16. AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y REVELAR INFORMACIÓN	
Autorizo a cualquier agencia encargada del cumplimiento de la ley, empleador, compañía de seguro, agencia de servicios sociales, programa de defensa a las víctimas, fiscalía del condado, estatal o federal o a cualquier otra agencia gubernamental local, estatal o federal a revelar todos los expedientes y la información que la Comisión determine de utilidad para decidir mi elegibilidad o nivel de beneficios en este reclamo. Autorizo específicamente al Departamento de Ingresos de Minnesota (<i>Minnesota Department of Revenue</i>) a divulgar una copia de mis declaraciones de impuestos a la Comisión con el propósito de determinar mi salario perdido.	
Doy mi autorización a la Comisión de Indemnizaciones para Víctimas de Crímenes en Minnesota para que revele la información privada y confidencial sobre mi reclamo al administrador judicial, el abogado y a cualquier oficial de la corte y los agentes de libertad condicional, con el propósito de evaluar el impacto económico que tuvo el crimen sobre mi persona y así determinar el monto que el agresor deberá pagar en calidad de restitución.	
Autorizo a la Comisión a revelar la información privada y confidencial sobre mi reclamo a un administrador local del Fondo de Emergencia a los efectos de coordinar los beneficios.	

SECCIÓN 17. VARIOS CONSENTIMIENTOS/ACUERDOS	
Acuerdo que las indemnizaciones recibidas podrán pagarse directamente al proveedor del servicio en mi nombre.	
Comprendo que la autorización de la divulgación de información médica es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No es obligatorio que firme este formulario para asegurarme de que recibiré tratamiento de un proveedor de atención médica.	
Comprendo que mi negación a proporcionar información o a permitir el acceso a la información necesaria para analizar mi reclamo puede provocar la negación de mi reclamo.	
Entiendo que cualquier divulgación de la información presenta la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y la nueva divulgación de información médica protegida podría no estar protegida por las normas de privacidad federales.	
Este consentimiento tendrá vigencia por un año desde la fecha de mi firma. Autorizo la divulgación de los expedientes médicos creados después de la fecha de mi firma a continuación. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una notificación por escrito a la Comisión. Tal revocación no se aplicará a la información que ya haya sido revelada en respuesta a esta autorización.	
Una fotocopia de este formulario de consentimiento se aceptará como el documento original.	

SECCIÓN 18. FIRMAS DE LA VÍCTIMA Y EL RECLAMANTE	La víctima debe firmar y escribir la fecha en el formulario de reclamo. Si la víctima ha fallecido, es menor de dieciocho años o es un adulto incapacitado, el reclamante debe firmar y fechar el formulario de reclamo.		
He leído y comprendo las declaraciones de las secciones 14 a 17 que se describen anteriormente. Por medio del presente, certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que es un delito menor grave presentar deliberadamente un reclamo falso.			
Firma de la víctima/el paciente	Nombre de la víctima/el paciente en letra de imprenta	Fecha de nacimiento	Fecha de la firma
Firma del reclamante 1	Nombre del reclamante en letra de imprenta	Fecha de nacimiento	Fecha de la firma
Firma del reclamante 2	Nombre del reclamante en letra de imprenta	Fecha de nacimiento	Fecha de la firma
Parentesco del reclamante 1 con la víctima	Parentesco del reclamante 2 con la víctima	Motivo por el que la víctima no puede firmar <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Menor de edad <input type="checkbox"/> Adulto incapacitado	