

Estimado Solicitante:

Gracias por su interés en solicitar beneficios para Compensación de las Víctimas del Crimen. Nuestro propósito es ayudar a las víctimas del crimen en obtener ayuda financiera para ayudarles a recuperarse de los efectos traumáticos del crimen. Si necesita ayuda para llenar esta aplicación, por favor contacte a su coordinador de víctima o testigo, o llame al número telefónico que está al fondo de esta página. Usted también puede contactar al Coordinador de Víctima/Testigo asignado a su caso o a la organización del defensor de la víctima en su comunidad.

Los beneficios de la Compensación de Víctimas de Crimen de Idaho son para víctimas de crímenes cometidos en Idaho después del 1 de Julio de 1986. El crimen debe ser reportado a las autoridades y usted debe presentar su aplicación para beneficios dentro de un año de la fecha del crimen. Estos requisitos pueden ser renunciados si hay una buena razón por la que usted no presentó los papeles antes del plazo. Para recibir una hoja de renuncia, usted debe atar una explicación escrita que detalla su situación a su aplicación para beneficios. Los residentes de Idaho que son víctimas de un crimen al visitar otro estado deben solicitar los beneficios de compensación en el estado donde el crimen ocurrió. Si ese reclamo es negado, usted entonces puede presentar una aplicación para beneficios en Idaho.

Para ayudar a acelerar el proceso de la aplicación, por favor esté seguro de:

- **Terminar todas las páginas de la aplicación, especialmente la página de firma.**
- **Presentar aplicaciones separadas para cada víctima que busca beneficios.**
- **Sea específico con respecto a los detalles del crimen. Incluye la fecha o el período de tiempo del crimen, la ciudad o el condado donde el crimen ocurrió, La agencia del orden público que investigó el crimen y una descripción detallado del crimen.**
- **Proporcione una lista de otras fuentes de beneficios disponibles a la víctima que pueda cubrir los gastos para las heridas (por ejemplo: la Cruz Azul, el Seguro médico, la compensación de trabajador). Esté seguro que incluyó información de la compañía de seguro y números de póliza.**
- **Proporcione una lista de proveedores de tratamiento. Esté seguro que incluyo los nombres y los domicilios.**
- **Los pagos para servicios se basan en las tasas establecidas en la Compensación de Trabajador de Tarifas Fijas de Médico. Los proveedores están prohibidos de cobrar parte no pagada de la factura de la víctima o demandante, a menos que el programa no puede hacer el pago total permisible basada en las leyes y reglas aplicables.**

MANDE SU APLICACIÓN COMPLETA A:

Crime Victims Compensation Program
Industrial Commission
P.O. BOX 83720
BOISE, ID 83720-0041

Si usted necesita ayuda o quiere un folleto, por favor llame
(208) 334-6080 o (800) 950-2110 x-6080 Fax (208) 332-7559
Visítenos en nuestro sitio Web: <http://www.crimevictimcomp.idaho.gov/>

APLICACIÓN PARA COMPENSACION
CRIME VICTIMS COMPENSATION PROGRAM
INDUSTRIAL COMMISSION
P.O. BOX 83720
BOISE ID 83720-0041
(208) 334-6080 o (800) 950-2110
Fax (208) 332-7559

FAVOR DE NOTAR: USTED DEBE COMPLETAR TODA LA INFORMACION SIGUIENTE EN CADA UNA DE LAS CUATRO PAGINAS DE ESTA APLICACION.

1. INFORMACION REQUERIDO SOBRE LA VÍCTIMA.

SEXO: MASCULINO FEMENINO

NOMBRE DE LA VÍCTIMA: _____ MATRIMONIO ESTADO: _____

DOMICILIO DE LA VÍCTIMA: _____

ESTADO/CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ TELÉFONO: (____) _____

NUMERO DEL SEGURO SOCIAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

FECHA DE MUERTE: ____/____/____ (si es aplicable)

¿PERDIO LA VÍCTIMA POR LO MENOS UNA SEMANA DE TRABAJO POR EL RESULTADO DE HERIDAS RELACIONADAS AL CRIMEN?

No SÍ SI SÍ, por favor complete lo siguiente:

EL NOMBRE DEL NEGOCIO DEL EMPLEADOR DE LA VÍCTIMA EN EL TIEMPO DEL CRIMEN:

DOMICILIO DEL EMPLEADOR DE VÍCTIMA: _____

ESTADO/CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ TELÉFONO: (____) _____

PERSONA de CONTACTO: _____ SUELDO \$: _____ POR LA HORA

FECHAS PERDIDAS EN EL TRABAJO: DE _____ A _____

¿RECIBIÓ LA VÍCTIMA PROPINAS? NO SÍ SI SÍ, calculé por favor la cantidad que la víctima recibió por la semana

_____.

2. SI LA VÍCTIMA HAYA FALLECIDA, PROPORCIONE LA INFORMACION SIGUIENTE (Si la víctima no ha fallecido, NO LLENE ESTA SECCION Y VAYA A la SECCION NO. 3)

¿TUVO LA VÍCTIMA NIÑOS O OTROS DEPENDIENTES? SI ESE ES EL CASO COMPLETE POR FAVOR LO SIGUIENTE.

Si espacio adicional es necesario, por favor até una hoja de papel.



NOMBRE DE DEPENDIENTES	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO A LA VÍCTIMA
------------------------	---------------------	-------------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

*****CONTINÚE A PAGINA 2 DE LA APLICACIÓN*****

3. SI USTED ESTA FIRMANDO ÉSTA APLICACIÓN PARA UN MENOR, INCAPACITADO O PARA UNA VÍCTIMA QUIEN HA FALLECIDO, LA INFORMACION SIGUIENTE SOBRE USTED ES REQUERIDA.

SU NOMBRE _____

NOMBRE de SU EMPLEADOR _____ TELÉFONO (____) _____

SU NUMERO DEL SEGURO SOCIAL _____ TELÉFONO (____) _____

SU DOMICILIO _____

ESTADO/CIUDAD _____ CÓDIGO POSTAL _____

SU RELACION A la VÍCTIMA _____
(SI USTED ES EL GUARDIAN LEGAL - USTED DEBE PROPORCIONAR UNA COPIA DEL MANDATO JUDICIAL.)

4. INFORMACION REQUERIDA ACERCA DEL CRIMEN.

EL TIPO DE CRIMEN _____

FECHA DEL CRIMEN _____ HORA _____ AM o PM (DE _____ A _____)

EL LUGAR DEL CRIMEN (Pueblo/Ciudad) _____

(La dirección de la calle donde el crimen ocurrió) _____

AGENCIA DEL ORDEN PÚBLICO EN DONDE EL CRIMEN FUE REPORTADO: _____

FECHA DEL DESCUBRIMIENTO DEL CRIMEN: _____ FECHA CUANDO EL CRIMEN FUE

REPORTADO: _____ HORA _____ AM o PM

NOMBRE DE OFICIAL INVESTIGADOR: _____

NUMERO DEL REPORTE _____

NOMBRE DE LA PERSONA(S) QUE COMETIO EL CRIMEN: _____

RELACION A la VÍCTIMA Y la EDAD DE LA PERSONA(S) QUE COMETIO EL CRIMEN
(EJEMPLO: AMIGO, CONOCIDO, TIO, HERMANO, HERMANA, EXTRANJERO, ETC.) _____

DESCRIBA BREVEMENTE el INCIDENTE (Si espacio adicional es necesario, por favor até una hoja de papel separada)

NOMBRE DEL COORDINADOR DE VÍCTIMA/TESTIGO: _____

¿CÓMO SE ENTERÓ USTED DE ESTE PROGRAMA? _____

5. INFORMACION ESTADISTICA: La siguiente información se aplica para propósitos estadísticos solamente. Es necesario para cumplir con regulaciones federales.

Raza: Blanco Negro Indio Americano Hispano Oriental/Asiático Otro

¿Es usted un Ciudadano de Estados Unidos? Si No

¿Es usted un residente de Idaho? Si No

Incapacidades: Oído Movilidad Visual Mental Múltiplo Otro Ninguno

CONTINÚE A PAGINA 3 DE LA APLICACIÓN

6. INFORMACIÓN REQUERIDA DE SEGUROS Y OTRAS FUENTES DE BENEFICIOS.

MARQUE LOS SIGUIENTES BENEFICIOS QUE TENGA LA VÍCTIMA:

- SEGURO DE VEHÍCULO
- COMPENSACION DE TRABAJADORES
- BENEFICIOS DEL SEGURO SOCIAL
- SEGURO MEDICAL
- SEGURO DE DISABILIDAD
- SERVICIOS MEDECALES PARA INDIOS AMERICANOS
- SEGURO DE SALUD Y DE ACCIDENTE

MEDICARE: NÚMERO DEL MEDICARE _____ FECHA EFECTIVA _____

MEDICAID: NÚMERO DEL MEDICAID _____ FECHA EFECTIVA _____

OTRO: (EXPLIQUE) _____

NOMBRE Y DOMICILIO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ NÚMERO DE PÓLIZA O/Y NÚMERO DE RECLAMO: _____

TIPO DE COBERTURA: Médico Auto Seguro de Vida Seguro del Hogar

TIPO DE PÓLIZA: Tradicional HMO PPO HSA

INFORMACIÓN DE SEGUNDA PÓLIZA DE SEGUROS:

NOMBRE Y DOMICILIO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____

NÚMERO DE TELÉFONO _____ NÚMERO DE PÓLIZA O/Y NÚMERO DE RECLAMO: _____

TIPO DE COBERTURA: Médico Auto Seguro de Vida Seguro del Hogar

TIPO DE PÓLIZA: Tradicional HMO PPO HSA

¿ESTÁ USTED REPRESENTADO POR UN ABOGADO PRIVADO EN UNA DEMANDA CIVIL O CONTRA UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS RELACIONADA CON ÉSTE INCIDENTE? SÍ NO SI SÍ por favor explicar:

NOMBRE DEL ABOGADO _____ NÚMERO DE TELÉFONO (____) _____

DOMICILIO DEL ABOGADO _____

CIUDAD/ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

¿SI USTED NO HA DEMANDADO LA PERSONA QUE COMETIÓ EL CRIMEN EN UNA ACCIÓN CIVIL, PIENSA USTED DEMANDAR HA ESA PERSONA? SÍ NO

7. INFORMATION REQUERIDA SOBRE MEDICAL, DENTAL, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL, ETC.

PROPORCIONE TODOS LOS NOMBRES DE DOCTORES, DENTISTAS, CLINICAS, HOSPITALES, CONSEJEROS, AMBULANCIAS, Y CUALQUIER OTRO PROVEEDOR DE SERVICIOS QUE LA VÍCTIMA VIOSITÓ CON RELACION AL CRIMEN (Si espacio adicional es necesario, por favor até una hoja de papel).

NOMBRE COMPLETO DEL PROVEEDOR

DOMICILIO COMPLETO (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL)

CADA UNA DE LAS SIGUIENTES SECCIONES DEBEN SER ACEPTADAS Y FIRMADAS EN EL DOCUMENTO QUE ESTÁ ESCRITO EN INGLES PARA RECIBIR COMPENSACIÓN.

8. PERMISO PARA DAR INFORMACIÓN

Doy permiso para dar y recibir información de todos hospitales, clínicas, doctores, compañía de seguros, empleador, proveedor de salud mental, centro de tratamiento, persona, agencia o cualquier otra entidad cualquier información que es necesitada al PROGRAMA DE COMPENSACION DE VÍCTIMAS DE CRIMEN DE IDAHO, para XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (el nombre de víctima). También doy permiso al Programa para dar copias de mis documentos medicales o de salud mental que sean necesarios al fiscal para asegurar la restitución del supuesto ofensor para rembolsar los fondos.

Entiendo que la información se utilizará para determinar los beneficios de la compensación, y sola esa información necesaria para hacer una decisión acerca de la aplicación o cualquier reclamo para beneficios de compensación será usado o como convenga necesario por el Programa para lograr su mandato establecido por la ley será solicitada de otras entidades o permitido por el programa. Con estas excepciones, toda información proveída será conservada en confidencia.

Yo entiendo que éste permiso para dar información es valido hasta que mi reclamo es cerrado, como proveé el código de Idaho §72-1014, y que yo puedo cancelar éste permiso de información con el Programa por escrito a cualquier tiempo, y que esa cancelación resultara en que mi reclamo no se adelante más.

Yo entiendo que una copia o facsímile de esté firmado documento es tan valido como el original, y que mi firma da permiso para dar toda información detallada en esté documento de permiso.

Leyes federales específicamente requieren que cualquier revelación de información relacionada con la salud mental, drogas/alcohol o el SIDA deben ser acompañadas con la siguiente declaración escrita:

Está información ha sido revelada ha usted de archivos protegidos por reglas Federales de confidencialidad (42 CRF Part 2). Las reglas Federales le prohíbe a usted de dar más información a menos que tal revelación sea expresamente permitido por escrito con consentimiento de la persona a quien le pertenece o como sea permitido por la regla 42 CFR Part 2. Una autorización general de permiso para información medical o cualquier otro tipo de información NO es suficiente para esté propósito. Las leyes Federales prohíbe todo uso de está información para investigaciones o procedimientos penales contra un paciente del abuso de droga/alcohol.

XXX FIRME EN EL DOCUMENTO QUE ESTÁ ESCRITO EN INGLES PARA RECIBIR COMPENSACIÓN

Firma del aplicante (padre o guardián debe firmar si la víctima es un menor)

Nombre del aplicante escrito con letra de molde XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX parentesco a la víctima XXXXXXXXXX

9. ACUERDO DE REEMBOLSO Y SUBROGACIÓN

Yo entiendo que la ley de Idaho requiere que yo me ponga en contacto con el Programa y que les reembolse si yo he recibido o recibiré en el futuro algún pago del culpable, una demanda civil, de un programa de seguros, agencia de gobierno o agencia privada o de cualquier fuente que resulte de la infracción criminal en la cual está aplicación fue sometida. Yo reconozco que el Programa tiene el primer retención sobre cualquier dinero pagado a mí de todas fuentes nombradas.

Yo entiendo y acepto las condiciones de esté acuerdo de reembolso y subrogación.

XXX FIRME EN EL DOCUMENTO QUE ESTÁ ESCRITO EN INGLES PARA RECIBIR COMPENSACIÓN

Firma del aplicante (padre o guardián debe firmar si la víctima es un menor)

Nombre del aplicante escrito con letra de molde XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX parentesco a la víctima XXXXXXXXXX

10. CERTIFICACIÓN DE LA APLICACIÓN

Yo certifico a mi leal saber y entender que la información en está aplicación es correcta y verdad. Yo entiendo que yo debo usar todos los recursos financieros que están disponible a mí, que incluyen pero no están limitados a, segura medical/de salud, compensación de trabajadores, seguro de discapacitados, beneficios de veteranos, Medicaid/Medicare, seguro social, seguro de autos y permiso de enfermedad antes de que el Programa pague beneficios. Yo entiendo que con firmando abajo yo acepto todas las provisiones en está Aplicación para Compensación. Si la víctima ha fallecido, yo certifico que yo tengo la autoridad para llenar está aplicación en nombre de los dependientes sobrevivientes, incluyendo niños menores, con derecho para aplicar para los beneficios del Programa, a menos que otra aplicación separada ha sido presentada para uno de los dependientes.

XXX FIRME EN EL DOCUMENTO QUE ESTÁ ESCRITO EN INGLES PARA RECIBIR COMPENSACIÓN

Firma del aplicante (padre o guardián debe firmar si la víctima es un menor)

Nombre del aplicante escrito con letra de molde XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX parentesco a la víctima XXXXXXXXXX

EACH OF THE FOLLOWING SECTIONS MUST BE AGREED TO AND SIGNED TO RECEIVE COMPENSATION

8. INFORMATION RELEASE

I give permission to release to and receive from any hospital, clinic, doctor, insurance company, employer, mental health provider, treatment center, person, agency or any other entity any needed information to the IDAHO CRIME VICTIMS COMPENSATION PROGRAM, for _____ (name of victim). I also give permission to the Program to release copies of any of my medical or mental health records necessary to the prosecuting attorney to secure restitution from the alleged offender in order to reimburse the fund.

I understand the information will be used to determine compensation benefits, and that only information needed to make a decision about the application or any claim for compensation benefits or otherwise deemed necessary by the Program to achieve its statutory mandate will be requested from other entities or released by the Program. With these exceptions, all information provided will be kept strictly confidential.

I understand this information release is valid until my claim is closed, as provided in Idaho Code § 72-1014, and that I can cancel this release by writing to the Program at any time, but that such cancellation will result in my claim not being processed further.

I understand a photocopy or facsimile of this signed form is as valid as the original, and that my signature gives permission for the release of all information specified in this permission form.

Federal law specifically requires that any disclosure or redisclosure of mental health, drug/alcohol or AIDS related information must be accompanied by the following written statement:

This information has been disclosed to you from records protected by Federal confidentiality rules (42 CRF Part 2). The Federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of this information to criminally investigate or prosecute any drug/alcohol abuse patient.

XXX _____ DATE _____

Applicant signature (parent or guardian must sign if victim is a minor)

Printed Name of Applicant _____ **relationship to victim** _____

9. REPAYMENT AND SUBROGATION AGREEMENT

I understand that Idaho law requires me to contact and repay the Program if I have already received or receive in the future any payments from the offender, a civil lawsuit, an insurance program, any other government or private agency or any other source resulting from the criminal offense upon which this application was made. I also acknowledge that the Program has a first lien against any money payable to me from any of such sources.

I understand and agree to the terms of this Repayment And Subrogation Agreement.

XXX _____ DATE _____

Applicant signature (parent or guardian must sign if victim is a minor)

Printed Name of Applicant _____ **relationship to victim** _____

10. APPLICATION CERTIFICATION

I certify that the information in this application is true and correct to the best of my knowledge. I understand that I must use all financial resources available to me including but not limited to, medical/health insurance, workers compensation, disability insurance, VA benefits, Medicaid/Medicare, Social Security, auto insurance and sick leave prior to the Program paying any benefits. I understand by signing below I agree to all of the provisions in this Application for Compensation. If the victim is deceased, I certify that I have authority to file this application on behalf of all surviving dependents, including minor children, entitled to apply for benefits under the Program, unless a separate application has been filed for that dependent.

XXX _____ DATE _____

Applicant signature (parent or guardian must sign if victim is a minor)

Printed Name of Applicant _____ **relationship to victim** _____
