

# SOLICITUD DE RECLAMOS



**VIRGINIA VICTIMS FUND**  
Helping Innocent Victims of Crime  
OFFICIALLY CRIMINAL INJURIES COMPENSATION FUND

Antes de completar esta Solicitud de Reclamos, por favor lea la información que se encuentra a continuación.

Este Formulario se debe entregar dentro del plazo de un año del incidente.

*Si ya ha pasado más de un año desde el incidente, incluya una carta explicando la razón por la que se demoró en entregar este formulario.*

**Adjuntar todas las cuentas detalladas por los servicios rendidos, recibos, y declaraciones de beneficios de seguro.**

Si recibe gastos y/o beneficios de seguro adicionales para tratamiento suplementario, envíelo por correo al Fondo para las Víctimas de Virginia (VVF).

## Puede ser elegible si:

### EL CRIMEN

- ocurrió en Virginia, o fue cometido contra un residente de Virginia en un territorio donde no existe un programa de indemnización
- fue resultado de un acto terrorista
- fue reportado a una agencia de autoridad policial dentro de un plazo de 120 horas, salvo que hay una buena razón para la demora

### LA VÍCTIMA

- cooperó con las agencias de autoridad policial y con las cortes durante la investigación/fiscalía
- no fue involucrado en ninguna actividad criminal a la hora del crimen
- no provocó ni participó voluntariamente en el crimen

## ¿Quién pueda aplicar?

- víctimas quienes han sufrido lesiones físicas por causa de un acto criminal
- víctimas quienes han sufrido daño emocional por causa de un delito mayor
- QUIENQUIERA que ha pagado o es responsable por pagar los servicios funerales
- pariente sobreviviente de alguien que ha sufrido daño emocional debido al asesinato de un padre, esposo, hermano, hijo o nieto

## No puede recibir pago por:

- dolor, sufrimiento o pérdida de propiedad
- heridas provenientes de accidentes vehiculares, salvo ciertas circunstancias
- honorarios del abogado
- citas médicas a las que no asistió

## Para poder recibir pago tiene que:

- cooperar con todas las agencias de autoridad policial, incluyendo la Fiscalía
- facturar cualquier seguro pertinente incluyendo:
  - seguro medico
  - Medicaid/Medicare
  - seguro propietario/hipotecario
  - seguro de vida/funerario
  - seguro de automóvil

- Si no tiene seguro y fue al hospital, aplique al programa de asistencia financiera del hospital
- Proveer todos los documentos que se piden

## Si la víctima es un menor de edad o mentalmente incapacitada:

- proveer muestra que usted es el responsable por el bienestar de la víctima (sea padre, guardián legal, tutor legal)

## Faxee o mande por correo esta solicitud a:

Virginia Victims Fund  
P.O. Box 26927  
Richmond, VA 23261  
Fax: 804-823-6905

## Si necesite ayuda:

- mande un email a [info@virginiavictimsfund.org](mailto:info@virginiavictimsfund.org)
- llame 1-800-552-4007 (sin costo)
- contacte el Programa de Ayuda a las Víctimas local

**Mientras su reclamo está pendiente, las agencias médicas están no podrán tomar acción legal contra usted.**

## SECCIÓN A- INFORMACIÓN SOBRE LA VÍCTIMA

(Provee toda la información que solicitan sobre la persona herida)



**VIRGINIA VICTIMS FUND**  
Helping Innocent Victims of Crime  
OFFICIALLY CRIMINAL INJURIES COMPENSATION FUND

**Nombre de la Víctima:**

(Primer Nombre)

(Segundo Nombre)

(Apellido)

**# de Seguridad Social:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ☐ Ninguno

Marque "Ninguno" SOLO si no tiene número de seguridad social

**Sexo:** ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Desconocido

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Fecha de Fallecimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*Solo si el reclamo se trata de un homicidio

**Estado Civil:** ☐ Divorciado ☐ Casado ☐ Separado ☐ Indeterminado ☐ Soltero ☐ Enviudado

**Grupo Étnico:**

- ☐ Hispano o Latino
- ☐ Afroamericano/negro
- ☐ Blanco/caucásico
- ☐ Asiático

- ☐ Varias razas
- ☐ Indígena americano/nativo de Alaska
- ☐ Nativo de Hawái u otro isleño de Pacífico
- ☐ Otro
- ☐ Indeterminado

**Dirección:** \_\_\_\_\_

(Dirección Postal por Completo)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad)

\_\_\_\_\_  
(Estado)

\_\_\_\_\_  
(Código Postal)

\_\_\_\_\_  
(País)

\_\_\_\_\_  
(País, si no sea E.E.U.U.)

**Número de Casa/Celular:** \_\_\_\_\_ **Número de Trabajo:** \_\_\_\_\_

**¿Estaba discapacitada la víctima antes del crimen?** ☐ Si ☐ No

**¿Qué relación tiene la víctima con el agresor?**

- |                                  |                                      |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cónyuge | <input type="checkbox"/> Otro        |
| <input type="checkbox"/> Padre   | <input type="checkbox"/> Abuelo      |
| <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Conocido    |
| <input type="checkbox"/> Hijo    | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Novio/a |                                      |

**¿Quién le recomendó al Fondo para las Víctimas de Virginia?**

- |   |                                    |   |
|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Programa de Ayuda a las Víctimas | <input type="checkbox"/> Funeraria | <input type="checkbox"/> Otra Agencia Gubernamental |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Policía          | <input type="checkbox"/> Amigo     | <input type="checkbox"/> Coordinador de SAFE        |
| <input type="checkbox"/> Fiscalía del Estado              | <input type="checkbox"/> Media     | <input type="checkbox"/> Otro                       |
| <input type="checkbox"/> Proveedor de Atención Médica     | <input type="checkbox"/> Internet  |   |

## SECCIÓN B- INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

(Provee toda la información que solicitan sobre el solicitante de ese reclamo, si no sea la víctima)



**Nombre del Solicitante:** \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

**Núm. de Seguridad Social:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ☐ Ninguno **Sexo:** ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Desconocido  
Marque "Ninguno" SOLO si no tiene número de seguridad social

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Estado Civil:** ☐ Divorciado ☐ Casado ☐ Separado ☐ Indeterminado ☐ Soltero ☐ Enviudado

### Grupo Étnico:

- ☐ Hispano o Latino
- ☐ Afroamericano/negro
- ☐ Blanco/caucásico
- ☐ Asiático

- ☐ Raza mixta
- ☐ Indígena americano/nativo de Alaska
- ☐ Nativo de Hawái u otro isleño de Pacífico
- ☐ Otro
- ☐ Indeterminado

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
(Dirección Postal por Completo)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad)

\_\_\_\_\_  
(Estado)

\_\_\_\_\_  
(Código Postal)

\_\_\_\_\_  
(País)

\_\_\_\_\_  
(País, si no sea E.E.U.U.)

**Número de Casa/Celular:** \_\_\_\_\_ **Número de Trabajo:** \_\_\_\_\_

### Relación con la Víctima:

- |                                  |                                      |   |
|----------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Esposo  | <input type="checkbox"/> Niño        | <input type="checkbox"/> Abuelo         |
| <input type="checkbox"/> Padre   | <input type="checkbox"/> Novio/Novia | <input type="checkbox"/> Conocido       |
| <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Otro        | <input type="checkbox"/> No relacionado |

Otro \_\_\_\_\_ Si se aplica, favor de mostrar  
prueba de tutela legal o Poder Notarial (*no se acepta abogado ni Poder Notarial Médico*)

## SECCIÓN C- INFORMACIÓN SOBRE EL INCIDENTE

(Puede obtener esa información de la agencia de autoridad policial que respondió al incidente)

**Fecha del Incidente:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Ciudad/Condado donde ocurrió el crimen:** \_\_\_\_\_

**Dirección postal donde ocurrió el crimen:** \_\_\_\_\_

### Tipo de Delito:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Secuestro                         | <input type="checkbox"/> Chocar y Huir-Asalto                 |  |
| <input type="checkbox"/> Incendio Intencional-Fatal        | <input type="checkbox"/> Chocar y Huir-Homicidio              | <input type="checkbox"/> Secuestro de Vehículo   |
| <input type="checkbox"/> Incendio Intencional-No Fatal     | <input type="checkbox"/> Homicidio                            | <input type="checkbox"/> Delito Sexual- Adulto   |
| <input type="checkbox"/> Asalto                            | <input type="checkbox"/> Homicidio-Manejar Bajo la Influencia | <input type="checkbox"/> Delito Sexual- Infantil |
| <input type="checkbox"/> Asalto- Abuso Infantil            | <input type="checkbox"/> Tráfico Humano-Sexo/Labor            | <input type="checkbox"/> Acecho                  |
| <input type="checkbox"/> Asalto-Manejar Bajo la Influencia | <input type="checkbox"/> Otro                                 | <input type="checkbox"/> Terrorismo-Asalto       |
| <input type="checkbox"/> Allanamiento                      | <input type="checkbox"/> Robo                                 | <input type="checkbox"/> Terrorismo-Homicidio    |



### Tipo de Victimización:

- ☐ Acoso Escolar    ☐ Violencia Intrafamiliar    ☐ Abuso de Ancianos    ☐ Delito de Odio    ☐ Asesinato en Masa

### SECCIÓN D- INFORMACIÓN SOBRE EL REPORTE

¿Fue reportado el crimen a la policía dentro un plazo de 120 horas?    ☐ Si    ☐ No

¿Fecha en que se informó el crimen a la policía: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre de la agencia policial a cargo de la investigación: \_\_\_\_\_

¿Estuvo involucrado un automóvil en este crimen?    ☐ Si    ☐ No

Número del Reporte Policial, si se sabe: \_\_\_\_\_

**SI SE LANZARON ORDENES DE ARRESTO CONTRA EL OFENSOR, FAVOR DE ADJUNTAR UNA COPIA DE DICHAS ORDENES.**

### SECCIÓN E- INFORMACIÓN SOBRE EL OFENSOR (Apunte toda la información que se conoce)

Nombre del Ofensor: \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre)                      (Segundo Nombre)                      (Apellido)

# de Seguridad Social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_    Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del Ofensor: \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre)                      (Segundo Nombre)                      (Apellido)

# de Seguridad Social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_    Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**FAVOR DE ENUMERAR OFENSORES ADICIONALES EN HOJA APARTE Y ENTRÉGALO CON ESTE SOLICITUD DE RECLAMOS.**

**Se escuchará el caso criminal en la corte de:**

☐ Juveniles y Relaciones Domésticas

☐ Distrito General

☐ Circuito



**¿Ha ordenado el tribunal que el ofensor pague restitución a usted por este crimen?**

☐ Si ☐ No

Cantidad, si se sabe: \_\_\_\_\_

**CASO CIVIL**

**¿Se ha lanzado una demanda civil contra el responsable por la herida?** ☐ Si ☐ No

**Si así es, favor de proveer los datos siguientes acerca de su abogado:**

**Nombre del Abogado:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

(Dirección Postal por Completo)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad/Condado)

\_\_\_\_\_  
(Estado)

\_\_\_\_\_  
(Código Postal)

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Fax:** \_\_\_\_\_

**SECCIÓN F- INFORMACIÓN SOBRE SU EMPLEADOR** (Llena esta sección si quiere solicitar recibir sueldos perdidos.)

**¿Usted trabaja por sí mismo?** ☐ Si ☐ No

**Si así es,** envíe una copia más reciente de su Declaración de Impuestos Federales con Declaraciones de Ingresos W2, 1099, etc.

**Si no es así,** favor de proveer la siguiente información sobre su empleador.

**Nombre del Empleador:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

(Dirección Postal por Completo)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad/Condado)

\_\_\_\_\_  
(Estado)

\_\_\_\_\_  
(Código Postal)

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**FAVOR DE ENUMERAR EMPLEADORES ADICIONALES EN UNA HOJA APARTE Y ENTRÉGALO CON ESTE SOLICITUD DE RECLAMOS.**

**¿Ocurrió el crimen en su lugar de empleo?** ☐ Si ☐ No

**¿Si así es, ha entregado una solicitud al Virginia Workers' Compensation Commission?** ☐ Si ☐ No

*Para aplicar al Virginia Workers' Compensation Commission, favor de llamar 1-877-664-2566 (sin costo).*

## SECCIÓN G- SEGURO/RECURSOS COLATERALES

¿Son cubiertos por seguro médico los gastos relacionados con el crimen? ☐ Si ☐ No



**SI ASÍ ES:** Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del Proveedor de Seguro de Salud Privado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

(Dirección Postal por Completo)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad/Condado)

\_\_\_\_\_  
(Estado)

\_\_\_\_\_  
(Código Postal)

*Favor de enumerar cualquier seguridad adicional en una hoja aparte y entrégalo con esta Solicitud de Reclamos.*

### **SI NO ES ASI:**

Si es que la víctima no tiene seguro médico y buscó tratamiento de un hospital, hay que ponerse en contacto con su departamento de servicios financieros y aplique para auxilio de Tratamiento de Caridad (Charity Care). *Debe* de proveer muestra de la decisión tomada por Charity Care al VVF *antes* de que se lo pagan.

¿Aplicó la víctima para Charity Care del hospital? ☐ Si ☐ No

### **SI USTED SE APLIQUE PARA REEMBOLSO DE GASTOS PARA LIMPIAR LA ESCENA DEL CRIMEN:**

¿Tiene la víctima seguro propietario o seguro hipotecario? ☐ Si ☐ No

Si así es, favor de proveer la siguiente información sobre agencia de seguros:

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

(Dirección Postal por Completo)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad/Condado)

\_\_\_\_\_  
(Estado)

\_\_\_\_\_  
(Código Postal)

### **SI UN AUTOMÓVIL ESTUVO INVOLUCRADO EN EL CRIMEN:**

¿Tiene la víctima seguro automotriz? ☐ Si ☐ No

Seguro Automotriz del Solicitante: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

(Dirección Postal por Completo)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad/Condado)

\_\_\_\_\_  
(Estado)

\_\_\_\_\_  
(Código Postal)

¿Tiene el ofensor seguro automotriz? ☐ Si ☐ No ☐ No se sabe

Seguro Automotriz del Ofensor: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

(Dirección Postal por Completo)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad/Condado)

\_\_\_\_\_  
(Estado)

\_\_\_\_\_  
(Código Postal)

## **SI SE SOLICITE REIMBOLSO DE GASTOS FUNERARIAS:**

¿Tenía la víctima seguro de vida y/o seguro funerario? ☐ Si ☐ No

Si así es, favor de proveer lo siguiente: **Beneficiario:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Proveedor de Seguro de Vida/ Seguro Funerario:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

(Dirección Postal por Completo)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad/Condado)

\_\_\_\_\_  
(Estado)

\_\_\_\_\_  
(Código Postal)

***Favor de tener en cuenta de que, si ha sido pagado o si se paga el gasto funerario mientras se está procesando su reclamo al VVF, recibos detallados o copias de cheques cancelados son necesarios para poder considerar reembolso a quienquiera que no sea la funeraria.***

## **SECCIÓN H- GASTOS** (Límites son basados en la póliza que estaba en efecto a la hora del crimen.)

Favor de marcar todos los gastos por los que se solicite reembolso:

☐ **Gastos Médicos**

pago o reembolso de gastos relacionados con el crimen con un hospital, médico, dentista u otro proveedor médico

☐ **Gastos de Salud Mental**

consejería de salud mental para la víctima del crimen

☐ **Asesoramiento de Duelo (hasta \$3.500)**

asesoramiento de duelo para los parientes de la víctima de homicidio

☐ **Gastos Funerales/de Entierro (hasta \$10.000)**

pago o reembolso para el entierro, cremación, y/o lapida conmemorativa y/o lugar del entierro

☐ **Perdida de Sueldo**

reemplazo de sueldo perdido por la **víctima** si no pudo trabajar por causa de una lesión física relacionado con el crimen, verificado por un médico

☐ **Perdida de Apoyo Conyugal**

compensación para las víctimas de violencia doméstica o abuso sexual de un menor de edad por sueldos perdidos del agresor si el agresor ha sido sacado de la casa (*el agresor debe tener una obligación legal para apoyar a la víctima*)

☐ **Limpieza de la Escena del Crimen**

limpieza de artículos dañados a causa del crimen  
(no se incluye propiedad personal)

☐ **Alojamiento Temporal**

alojamiento necesario cuando una vivienda anterior se vuelve insegura por el crimen

☐ **Perdida de Apoyo a causa de Homicidio**

apoyo financiero por el cuidado de dependientes legales de una de víctima de homicidio

☐ **Prótesis**

reembolso por el reemplazo de anteojos, audióprótesis, dentaduras postizas, extremidades postizas u otras ayudas médicamente necesarias

☐ **Seguridad para el Hogar (hasta \$1.000)**

reembolso por puertas, cerraduras, ventanas, compra e instalación de sistema de seguridad para el hogar

☐ **Recetas Farmacéuticas**

reembolso por medicamento recetado a causa del crimen  
(*favor de entregar una copia impresa o etiqueta de la farmacia*)

☐ **Kilometraje**

Reembolso de kilometraje por ida y vuelta a citas médicas;  
*kilometraje por ida y vuelta para presentarse en la corte, si la víctima es un menor de edad*

☐ **Gastos de Mudanza**

reembolso por costos de mudanza profesional, equipaje aniquilado, almacenaje temporal, renta, y pérdida de depósito de garantía (*se requiere contratos con fecha y firma*)

## SECCIÓN I- PROVEEDORES MÉDICOS

Enumere los nombres y las direcciones de los médicos que proveían tratamiento médico relacionado con el crimen. Favor de enumerar proveedores médicos en una hoja aparte o adjunte copias detalladas de estados de cuentas.



**Nombre del Proveedor:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Proveedor:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Proveedor:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Proveedor:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Proveedor:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Proveedor:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Proveedor:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

---

## SECCIÓN J- DEPENDIENTES

Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	Nú. de Seguridad Social
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Si se aplica para beneficios para pérdida de apoyo para una víctima que sea menor de edad, favor de proveer una copia de la declaración de parte de Social Security mostrando que los beneficios han sido aprobados. Puede entregar la Solicitud de Reclamos de VVF ahora y entregar la documentación de Social Security cuando se le recibe.



