



# JUNTA DE COMPENSACION PARA VICTIMAS DE UN DELITO DE NEW JERSEY

## INFORMACION SOBRE RECLAMOS

50 Park Place Newark, New Jersey 07102  
1-877-658-2221 [www.njvictims.org](http://www.njvictims.org)

New Jersey tiene un Fondo de Compensación para Víctimas de un Delito con el fin de ayudarles con los costos relacionados con las lesiones o daños resultantes de un delito violento. Si desea saber más al respecto, lea esta hoja informativa o llame a la oficina de Víctima/Testigo de su condado. Las direcciones y los números telefónicos de las Oficinas de Víctima/Testigo del condado se incluyen en este paquete.

### *¿Cuánta ayuda puedo obtener de la Junta de Compensación para Víctimas de un Delito de New Jersey?*

Si usted es elegible, éstos son algunos de los gastos que pueden pagarse:

- ◆ Consejería psicológica
- ◆ Pérdida de ayuda económica o ingresos
- ◆ Hospital, consulta médica y terapia física
- ◆ Cuidados en un hogar para ancianos
- ◆ Cuidado infantil o de dependientes
- ◆ Gastos funerarios por un máximo de \$5,000
- ◆ Gastos de reubicación de emergencia
- ◆ Gastos de abogado por ayuda para presentar un reclamo y representarle a usted durante el proceso de apelación

### *¿Cómo soy elegible para la ayuda financiera?*

Si usted es una víctima o demandante (la persona que presenta un reclamo o los dependientes de la víctima), debe demostrar que:

- ◆ Usted es residente del Estado de New Jersey o que el delito ha ocurrido en este Estado.
- ◆ Usted ha sufrido pérdidas financieras como resultado de las lesiones o daños que recibió a causa de un delito violento o de otros delitos señalados.
- ◆ El delito ha sido informado a la policía en el transcurso de tres meses, si es posible, y que usted ha presentado esta solicitud en el transcurso de dos años a partir de la fecha del delito, si fuese posible.
- ◆ Usted ha cooperado plenamente con la policía y la oficina del fiscal. Sin embargo, la elegibilidad no depende de la condena o procesamiento del agresor.
- ◆ Usted o un familiar cercano ha incurrido o incurrirá en gastos médicos, de consejería, funerarios o de pérdida de tiempo de trabajo y/u otras pérdidas debido a lesiones o daños que son resultado directo del delito.
- ◆ Usted cooperó con el investigador de la Junta e informó a la Junta de cualquier cambio de residencia.
- ◆ El seguro y otras fuentes de pago tales como la restitución pagada por el agresor no cubrirán los cobros presentados.
- ◆ Usted no ocasionó sus propias lesiones o daño ni provocó el incidente ni fue responsable de participar en el delito que provocó sus lesiones o daño.
- ◆ Usted no tiene ninguna multa pendiente con la VCCB impuesta por condenas. Si usted no puede proporcionar pruebas a la Junta que éstas fueron pagadas, la cantidad pendiente será deducida de su beneficio de compensación.

### *¿Cuáles pérdidas no están cubiertas?*

- ◆ Pérdida o daños a la propiedad, salvo en el caso que se tenga que limpiar las huellas del delito en el lugar donde ocurrió.
- ◆ Dolor y sufrimiento.

# CÓMO COMPLETAR LA SOLICITUD...

## ¿Cómo puedo conseguir ayuda con esta solicitud?

Agencias policiales, la Oficina de Apoyo a Víctimas/Testigos de su condado o llámanos al **1-877-658-2221**.

## Si yo quisiera presentar una solicitud ahora, ¿qué debo hacer?

Lea las siguientes instrucciones y complete la solicitud de reclamo que se adjunta. También, incluya copias de toda la información relacionada que usted tenga (es decir, las copias detalladas de recibos, facturas, estados de seguro). Mientras más información recibamos ahora, más pronto será procesada su solicitud. Usted puede enviar facturas detalladas adicionales en cuanto las reciba.

La VCCB le enviará a usted una carta cuando su solicitud haya sido recibida. Si usted no recibe una carta después de cuatro semanas, por favor llame a la VCCB. Manténgase en contacto. Si usted se muda o si su número telefónico cambiase, por favor avísenos.

## **INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD DE RECLAMO**

### **Sección Uno "Víctima"**

Escriba con letra de molde el nombre de la persona lesionada en el lugar donde se cometió el delito. Ésta debe ser la misma persona mencionada como la "víctima" en el informe policial. Complete el resto de este recuadro con la información acerca de la víctima.

### **Sección Dos "El Demandante"**

Escriba con letra de molde el nombre de la persona que solicita la compensación, si es que fuese distinto al de la víctima. Esta persona también puede ser el adulto que asume la responsabilidad de los cobros relacionados con el delito o la persona financieramente responsable (por ejemplo, el padre o madre, tutor, cónyuge) de un menor, persona incapacitada o incompetente con lesiones o daños causados por el delito.

### **Sección Tres "Delito"**

Escriba aquí con letra de molde los detalles acerca del delito. Adjunte una copia del informe del incidente. Si no tiene una copia, la VCCB solicitará una a la policía y/o fiscal. El informe policial sobre el delito es necesario para determinar su elegibilidad y presentar el reclamo.

### **Sección Cuatro "Gastos"**

Enumere los nombres de los médicos, hospitales y otros que le hayan proporcionado servicios. Si usted ya tiene cobros detallados, por favor envíe copias junto con su solicitud. Si usted no ha recibido cobros, no espere hasta recibirlos. Puede mandar copias luego, a medida que las reciba. La VCCB solamente puede pagar por consultas a un consejero con licencia. La VCCB le mandará a su consejero un formulario de evaluación psicológica para que lo complete, en el que se especifica el tratamiento de salud mental a seguirse, de acuerdo con el delito. Este formulario debe ser completado por su consejero.

### **Sección Cinco "El Seguro"**

Si usted tiene un seguro que cubre algunos de los cobros relacionados con el delito, anote la información de su seguro aquí.

### **Sección Seis "Empleo"**

Anote la información si es que usted no ha podido trabajar debido a las lesiones relacionadas con el delito o si ha tenido que cuidar a alguien debido a las lesiones relacionadas con el delito. Su empleador deberá completar un Cuestionario del Empleador, informándonos sobre su salario semanal promedio y el tiempo que ha perdido en el trabajo. El doctor que trata a la víctima deberá completar el Informe del Médico, diciéndonos si la ausencia al trabajo ha sido necesaria por razones médicas debido al delito.

### **Sección Siete "Acción Civil"**

Si usted contrató a un abogado para que le represente en este reclamo ante la VCCB o para acordar un reclamo de seguro o presentar una demanda legal relacionada con este delito, entonces complete esta sección.

### **Sección Ocho "Información sobre la Fuente de Referencia"**

Escriba con letra de molde el nombre del abogado de la víctima u otro profesional que le haya ayudado con esta solicitud.

**Es necesario que las secciones nueve a doce estén en inglés. Por favor haga que alguien con dominio tanto en inglés como en español traduzca estas secciones para que de este modo usted esté seguro de haberlas entendido antes de firma. Puede llamar a VCCB (1-877-658-2221) si necesita ayuda.**

### **Sección Nueve "Responsabilidad Legal y Firma"**

Esta solicitud es un documento legal que debe ser leído y firmado por un demandante adulto.

### **Sección Diez "Autorización para Obtener Archivos"**

Esta Autorización para Obtener Archivos es necesaria para obtener información de sus médicos, hospital, empleador, policía y del fiscal, para que la Junta pueda procesar su reclamo.

### **Sección Once "Asignación de Interés"**

Éste es un acuerdo legal que debe ser firmado para que la VCCB le pueda pagar su compensación.

### **Sección Doce "Autorización para la Divulgación de Información bajo el Acta de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud"**

Esta autorización es necesaria para obtener información de sus proveedores de cuidados de salud bajo una nueva ley federal. Debe ser completada, firmada y fechada para que la Junta pueda procesar su reclamo.

### SECTION 10 AUTHORIZATION TO OBTAIN RECORDS

I authorize the NJ VICTIMS OF CRIME COMPENSATION BOARD or it's agent, representative or bearer to inspect, review and make copies, including photostatic copies, of all medical records and records pertaining to employment, earnings, income or grant from any agency, attendance and any other records pertaining to or related to employment or economic assistance, and police and prosecutors reports necessary to determine qualification for my claim for compensation.

Photostatic copies of this authorization will be considered as valid as the original.

X \_\_\_\_\_

Signature of Victim/claimant

Date

Legal representative must sign if the Victim is under 17, legally declared incompetent or deceased.

### SECTION 11 ASSIGNMENT OF INTEREST

I, \_\_\_\_\_, understand that New Jersey law requires me to repay the NJ Victims of Crime Compensation Board (VCCB) for any monies I may receive from other sources in addition to the award from the Board. I shall contact the Board upon receipt of such additional monies from the offender, civil law suit, restitution, insurance program, or any other governmental or private agency.

I further assign and give to the VCCB the right to be directly reimbursed for two-thirds of the VCCB's award to me from the proceeds of any civil law suit I have or will start arising out of this incident.

I also assign and give to the VCCB the right to be reimbursed from Probation, the Juvenile Justice Commission, the Department of Corrections for the amount to be paid to me in the way of restitution ordered by the court in any criminal proceedings related to the incident. Reimbursement to the VCCB shall be limited to any of my out of pocket expenses for which the Board has awarded me compensation.

I certify that I am signing this Assignment of Interest freely and voluntarily. I understand that this Assignment must be signed in order to receive compensation. I further certify that if at any time I initiate a civil lawsuit, I will provide a copy of this Assignment of Interest to my attorney with the instruction that my attorney is bound by it's terms. I understand that VCCB is relying in good faith on this Assignment in order to pay compensation to me.

X \_\_\_\_\_

Signature of Victim/claimant

Date

Legal representative must sign if the Victim is under 17, legally declared incompetent or deceased.



STATE OF NEW JERSEY

**Victims of Crime  
Compensation Board**

50 Park Place • Newark, New Jersey 07102 • Telef. 1-877-658-2221

[www.njvictims.org](http://www.njvictims.org)

**SECTION 12 AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION  
UNDER THE HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT**

Patient's Name	Date of Birth	SSN
Address	Medical Record Number	Telephone No.

I authorize the use and disclosure of health information about me as described below\*\*

Facility Authorized to Release my Health Information:

Agency or Individual (s) Authorized to Receive my Health Information: State Of New Jersey Victims Of Crime Compensation Board

Health Information that may be used/disclosed is limited to the following:

<input type="checkbox"/> Discharge Summary	<input type="checkbox"/> Consultation (s)	<input type="checkbox"/> Pathology Report	<input type="checkbox"/> Lab
<input type="checkbox"/> History & Physical	<input type="checkbox"/> Operative Notes (s)	<input type="checkbox"/> Imaging/X-ray	<input checked="" type="checkbox"/> Entire Record
<input type="checkbox"/> Other (specify)_____			

Health information that may be used/disclosed is limited to the following Treatment Dates:

Health information to be released to the above named agency/individual is to be used/disclosed for the following purpose (s)(include Research or Marketing, if appropriate): To determine the amount of compensation the patient is entitled to receive, including the payment of any outstanding bills for services rendered by the facility to the patient.

Health information identifies you (the patient) by name, and includes other demographic information about you. Health information may include, but is not limited to: medical records, x-ray films, slides, tracings, strips, etc.

I hereby discharge the releasing facility its agents and employees from any and all liabilities, responsibilities, damages and claims which might arise from the release of information authorized herein, *to include alcohol, drug abuse, communicable disease including HIV status, and/or psychiatric diagnoses* compiled during my visit, encounter or hospitalization, or make copies thereof in accordance with the policies of this facility.

Protected Health information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer protected by this privacy rule. If research-related Health information is used or disclose for continued research purposes, a expiration date or event does not apply.

This authorization will automatically expire 60 days after the date below (except as indicated above), unless an earlier dates is specified, or at the conclusion of a specified event. I understand that I have a right to revoke this authorization at any time, in writing, as stated in the Notice of Privacy Practices, except where the facility has already made disclosures in reliance upon my prior authorization.

Treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits may not be conditioned on obtaining an authorization if the health information Portability Accountability Act prohibits such conditioning. If conditioning is permitted, refusal to sign the authorization may result in denial of care or coverage.

NOTICE TO RECEIVING AGENCY OR INDIVIDUAL: This information is to be treated in accordance with Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA) privacy regulations.

Patient's or Authorized Personal Representative's Signature X	Date	Time <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
Relationship to Patient / Authority to Act on Patient's Behalf	Interpreter, if utilized	
Witness Signature X	Expiration Date or Event	



# JUNTA DE COMPENSACIÓN PARA VÍCTIMAS DE UN DELITO DE NEW JERSEY

## INFORMACION SOBRE RECLAMOS

50 Park Place Newark, New Jersey 07102  
1-877-658-2221 [www.njvictims.org](http://www.njvictims.org)

### Solicitud de reclamo

Para uso exclusivo de la oficina: No. de la solicitud \_\_\_\_\_ No. del reclamo \_\_\_\_\_  
Fallecimiento \_\_\_\_\_ Daño o lesión personal \_\_\_\_\_ E.S.C. \_\_\_\_\_

Por favor llame a nuestro número telefónico gratuito al **1-877-658-2221** o a su Oficina de Víctima-Testigo de su localidad (los números telefónicos se adjuntan a esta solicitud) si necesita ayuda para completar este formulario.

#### SECCIÓN 1 INFORMACIÓN SOBRE LA VÍCTIMA:

La víctima es la misma persona mencionada como víctima en el informe sobre el delito. (Si hay más de una víctima, por favor complete una solicitud por separado para cada víctima.)

Sr./Sra./Srta. (Encierre en un círculo una de las opciones)

Nombre legal completo \_\_\_\_\_ Nombre tal cual aparece en el informe sobre el incidente \_\_\_\_\_

Número de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Marque si la víctima es:  fallecido (fecha del fallecimiento \_\_\_\_\_)  menor de 17 años  
 incompetente  incapacitado

Relación de la víctima con el agresor, si la hubiese \_\_\_\_\_

Dirección del domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad/condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número telefónico del domicilio \_\_\_\_\_ No. del trabajo \_\_\_\_\_ No. de celular \_\_\_\_\_ Dirección electrónica \_\_\_\_\_

Otra persona de contacto, su dirección y número(s) telefónico(s) con quien la víctima se sienta cómoda para que la Junta pueda comunicarse con él/ella.

Dirección del domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad/condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número telefónico del domicilio \_\_\_\_\_ No. del trabajo \_\_\_\_\_ No. de celular \_\_\_\_\_ Dirección electrónica \_\_\_\_\_

Esta información se solicita para propósitos de informes estadísticos y es opcional:

Sexo:  masculino  femenino

Raza: caucásica \_\_\_\_\_ afroamericana \_\_\_\_\_ latino(a) \_\_\_\_\_ nativoamericano \_\_\_\_\_  
asiático o de las Islas del Pacífico \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

Marque los servicios solicitados:

Médicos  Consejería sobre salud mental

Pérdida de salario/ayuda económica  Funeraria

Reubicación de emergencia  Dental Otra: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 2 INFORMACIÓN SOBRE EL DEMANDANTE:

El demandante es la persona que solicita la compensación y que no es la víctima. Esto incluye a un adulto que asume la responsabilidad de los gastos relacionados con el delito y/o el adulto que tiene la custodia de un menor.

Sr./Sra./Srta. (Encierre en un círculo una de las opciones)

Nombre legal completo \_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Relación del demandante con la víctima:

\_\_\_\_\_ cónyuge \_\_\_\_\_ padre/madre \_\_\_\_\_ hermano(a) \_\_\_\_\_ hijo(a) \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Dirección del domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad/condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número telefónico del domicilio \_\_\_\_\_ No. del trabajo \_\_\_\_\_ No. de celular \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 3 INFORMACIÓN SOBRE EL DELITO

(Adjunte una copia del informe policial sobre el incidente, si dispone de éste)

Fecha del delito \_\_\_\_\_ Fecha del informe \_\_\_\_\_ Nombre del departamento de policía \_\_\_\_\_

Lugar/dirección del delito \_\_\_\_\_ Ciudad/condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

No. del reclamo policial \_\_\_\_\_ No. del archivo del fiscal \_\_\_\_\_

Tipo de delito:

\_\_\_\_\_ Agresión

\_\_\_\_\_ Homicidio

\_\_\_\_\_ Ataque sexual

\_\_\_\_\_ Manejar bajo la influencia del alcohol/drogas

\_\_\_\_\_ Violencia doméstica

Otro \_\_\_\_\_

Breve descripción del incidente

Por favor describa sus lesiones o daños.

Nombre(s) del agresor(es), si lo(s) sabe.

Si no se informó el delito a la policía en el transcurso de tres meses o si no se envió este reclamo en el transcurso de dos años después de ocurrido el delito, por favor explique el motivo:

#### **SECCIÓN 4 INFORMACIÓN SOBRE LOS GASTOS RELACIONADOS CON EL DELITO**

Adjunte copias de los gastos detallados y tantas páginas adicionales como le sea necesario

Nombre del doctor/hospital/consejero/funeraria

Dirección

Número telefónico

Fecha

#### **SECCIÓN 5 INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS/SEGURO DE SALUD**

Haga una lista de las pólizas de seguro de salud, seguro de vida y de automóvil, incluyendo Medicaid y Medicare, junto con el número de póliza o identificación.

Seguro

Número de póliza

Si marcó seguro de vida, ¿tenía una cláusula de doble indemnización? Sí\_\_\_ No\_\_\_

Si marcó "sí", ¿cuál es el monto pagado de acuerdo con la porción de la póliza? \$ \_\_\_\_\_

Si no tiene seguro, ¿solicitó recibir beneficios de instituciones de caridad? Sí\_\_\_ No\_\_\_

#### **SECCIÓN 6 INFORMACIÓN SOBRE PÉRDIDA DE SALARIO/AYUDA ECONÓMICA:**

Complete esta sección si usted ha perdido tiempo de trabajo debido a lesiones o daños, o para cuidar a una víctima lesionada.

Nombre del empleado

Nombre del empleador

No. telefónico

No. de fax

Nombre y dirección de la compañía/empresa (si tiene más de un empleador, por favor adjunte hojas de papel adicionales)

Fechas en que estuvo ausente del trabajo debido a lesiones o daños relacionados con el delito: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Si se lesionó en el trabajo, ¿le ofrece su empleador Compensación para Trabajadores? Sí\_\_\_ No\_\_\_

¿Ha solicitado o va a solicitar reembolso por pérdida de salario al Plan Estatal o Privado de Incapacidad?

Sí\_\_\_ No\_\_\_ Si la respuesta es Sí, proporcione todas las notificaciones que ha recibido del Plan Estatal de Incapacidad o de un plan privado de incapacidad.

¿Está su hogar dejando de recibir ingresos/cheques de salario debido al delito cometido? Sí\_\_\_ No\_\_\_

¿Está usted dejando de ir a trabajar para cuidar a la víctima? Sí\_\_\_ No\_\_\_

Si dispone de las colillas de sus cheques de pago, por favor proporciónenos la de la semana anterior al delito, la de la semana en la que usted regresó a trabajar, así como una carta de su doctor en la que establezca su periodo de incapacidad.

Si usted es un trabajador independiente, deberá proporcionarnos copias de sus declaraciones de impuesto a la renta de los últimos 2 años.

La falta de ayuda económica será compensada a los dependientes de las víctimas de homicidio. Por favor proporcione copias de las declaraciones de impuesto a la renta de la víctima de los últimos tres años.

### SECCIÓN 7 INFORMACIÓN SOBRE EL ABOGADO

Si usted está siendo representado por un abogado en este reclamo con la VCCB, por favor complete lo siguiente:

Nombre del abogado \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_

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

Número telefónico \_\_\_\_\_

¿Ha contratado a un abogado para que lo ayude a establecer un acuerdo con su seguro o a presentar una demanda legal? Sí\_\_\_ No\_\_\_ Si la respuesta es "sí", por favor proporcione lo siguiente:

Nombre del abogado \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

No. telefónico \_\_\_\_\_

# del caso (si dispone de éste) \_\_\_\_\_

Tengo planeado presentar un pleito en una fecha posterior Sí\_\_\_ No\_\_\_

Se ha ordenado la restitución, la cual me será pagada Sí\_\_\_ No\_\_\_

### SECCIÓN 8 INFORMACIÓN SOBRE LA FUENTE DE REFERENCIA

¿Quién le refirió a la VCCB? La policía \_\_\_\_\_ Un amigo/pariente \_\_\_\_\_

El coordinador de Víctimas de un Delito \_\_\_\_\_ El Centro de Crisis por Violencia \_\_\_\_\_

Doméstica/Violación \_\_\_\_\_ Fiscal \_\_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_ Funeraria \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Es necesario que las secciones nueve a doce estén en inglés. Por favor haga que alguien con dominio tanto en inglés como en español traduzca estas secciones para que de este modo usted esté seguro de haberlas entendido antes de firma. Puede llamar a VCCB (1-877-658-2221) si necesita ayuda.

### SECTION 9 LEGAL AUTHORIZATION AND SIGNATURE

This is a legal document which must be signed by an adult

\* Program Qualification: I understand that I am responsible for all bills and the compensation program is designed to pay certain costs not covered by another source. Submitting this application does not entitle me to benefits.

\* Possible Repayment: I agree to repay the Board if I receive money from another source up to the amount paid on my behalf. This includes any payment I may receive from the offender, any insurance policy or settlements, judgments, or civil law suits.

The information I have provided in this application is true and correct to the best of my knowledge under penalty of law

X \_\_\_\_\_  
Signature of Victim/Claimant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Legal representative must sign if the Victim is under 17, legally declared incompetent or deceased.