



Mi oficina se dedica a ayudar a las víctimas del crimen, para que reciban toda la ayuda posible, a través del Programa para la Compensación a las Víctimas del Crimen (Crime Victims Compensation Program). Este programa le ayuda a pagar cuentas médicas, asesoramiento, funerales y demás gastos relacionados a un delito. Asimismo, podemos ayudarle a hallar fuentes de apoyo al nivel local, las cuales podrían respaldarlo personalmente. Usted no se encuentra solo - estamos aquí para ayudarle.

John Cornyn, Procurador General de Texas

---

PROCURADURIA GENERAL DE TEXAS  
DIVISION DE SERVICIOS PARA  
LAS VICTIMAS DEL CRIMEN  
**SOLICITUD**  
PARA COMPENSACION A LAS VICTIMAS DEL  
CRIMEN DE TEXAS

**PARA LLENAR ESTA SOLICITUD**

- i Antes de empezar a llenar una sección, lea todas las instrucciones correspondientes, para que sea incluida la información correcta.
- i Incluya toda la documentación posible - si tiene el reporte policiaco, facturas del hospital o cuentas médicas, por favor envíe copias de estos documentos junto a la solicitud.
- i Si usted no tiene tales documentos, **NO** espere por ellos antes de enviar esta solicitud. Envíela tan pronto la haya llenado. Después de enviar la solicitud, usted tiene la oportunidad de obtener toda la información/documentación adicional para tenerla lista una vez que nosotros entremos en contacto con usted.
- i Quédese con esta primera página, para que tenga nuestra dirección y número de teléfono. Envíe su solicitud a:

**Office of the Attorney General  
Crime Victims' Compensation (011)  
P.O. Box 12198  
Austin, TX 78711-2198**

- i Sea tan amable de llamarnos en caso de que cambie alguna dirección. Usted puede ponerse en contacto telefónico con nosotros al:  
  
1-800-983-9933 Línea telefónica gratuita para las víctimas y sus familias  
512-936-1200 Línea telefónica para las personas que estén en la ciudad de Austin y para las personas y entidades que le proporcionan servicios a las víctimas
- i Si le sirve ayuda para llenar la solicitud, póngase en contacto con el enlace local para las Víctimas del Crimen (Crime Victim Liaison) dentro del departamento del orden público local, o póngase en contacto con el Coordinador de Asistencia para las Víctimas (Victim Assistance Coordinator) de la oficina del fiscal (district attorney). Nuestro personal de Compensación a las Víctimas del Crimen también está listo para ayudarle, en español e inglés.



## Información

---

### EL PROGRAMA DE COMPENSACION A LAS VICTIMAS DEL CRIMEN

- i Proporciona asistencia financiera a las víctimas de crímenes violentos, por gastos a causa de un delito, y que no puedan ser reembolsadas por su seguro u otras fuentes.
  - i La Procuraduría General maneja el Fondo, y está dedicada a ayudar a las víctimas que sean elegibles conforme a las normas del Acta de Compensación a las Víctimas del Crimen (Código de Procedimientos Penales de Texas, Artículo 56).
  - i E dinero del Fondo se obtiene a través de cantidades pagadas por las personas sentenciadas por un crimen.
- 

### ¿CUALES SON LAS CONDICIONES BASICAS?

- i La víctima debe ser un residente de Texas, un residente de los Estados Unidos que fue víctima en Texas, o un residente de Texas que fue víctima en otro estado o país que no cuente con un programa de compensación.
  - i La víctima debe reportar el crimen a las autoridades dentro de un plazo razonable de tiempo, de manera tal que no impida o interfiera con la investigación y el enjuiciamiento del crimen, salvo si existe una excepción válida por no haberlo hecho.
  - i La víctima debe cooperar plenamente con las autoridades que manejen la investigación y el enjuiciamiento del caso.
  - i La conducta de la víctima no puede haber contribuido al crimen; de lo contrario, los beneficios pueden ser reducidos o negados.
  - i El solicitante debe usar todos los recursos que sean disponibles para el reembolso, inclusive los beneficios ofrecidos por los programas Medicare y Medicaid, la restitución a través de una demanda o acuerdo civil, o restitución ordenada por un tribunal.
  - i El Programa de Compensación a las Víctimas debe recibir aviso cuando se anteponga una demanda civil relacionada al crimen, o si se ordena que sean efectuados pagos de indemnización.
- 

### ¿QUIEN PUEDE SER ELEGIBLE?

- i Las víctimas de un crimen violento que padezcan daño físico o moral como resultado directo de un crimen.
  - i Los dependientes de una víctima y sus familiares inmediatos.
  - i Las personas que sean legalmente responsables por deudas o que se hicieron cargo financiero por cuentas o gastos.
  - i Personas que al ayudar a alguna víctima, fueron lesionadas o murieron como resultado de tal intervención.
- 

### ¿QUIEN NO ES ELEGIBLE?

- i El culpable, su cómplice, o personas que, al recibir algún beneficio, esto indebidamente beneficiaría al culpable o cómplice;
  - i Cualquier persona lesionada en un accidente automovilístico, salvo si el conductor intencionalmente causó la lesión; estaba manejando bajo un estado de intoxicación; no se detuvo para dar auxilio; o causó la lesión o muerte de la víctima debido a negligencia penal u homicidio
  - i Cualquier reo que se encontraba detenido en una institución penal cuando ocurrió el crimen
  - i Cualquier víctima que proporcione información falsa o falsificada ante el Programa para la Compensación a las Víctimas del Crimen.
- 

### ¿CUALES GASTOS PUEDEN SER CUBIERTOS?

- i Gastos razonables médicos, de hospital, asesoramiento o funerarios
  - i Pérdida de ingresos o manutención
  - i Asesoramiento para familiares próximos de la víctima
  - i Honorarios legales razonables para ayudar a entablar la solicitud y obtener beneficios
  - i Anteojos, aparatos para sordos, dentaduras o aparatos prostéticos, si fueron dañados o necesarios como resultado del crimen
  - i Ciertos gastos relacionados a viajes
  - i Limpieza de la escena del crimen
  - i Propiedad decomisada como prueba
  - i Cuidado de un menor/dependiente
  - i Gastos de mudanza, los cuales son disponibles una vez, para las víctimas de violencia doméstica. En casos de extrema necesidad, pueden entregarse fondos de emergencia.
- 

### ¿GASTOS QUE NO SE CUBREN?

- i Daño o pérdida de propiedad
  - i Dolor y sufrimiento
  - i Gastos que no sean el resultado directo del crimen
-

# SOLICITUD Para la Compensación a las Víctimas del Crimen de Texas

Por favor imprima claramente en letras de molde usando tinta negra o escriba a máquina.

<p><b>INFORMACION SOBRE LA VICTIMA</b></p> <p>La víctima es la persona que fue lesionada o que falleció como resultado del crimen.</p>	<table border="0"> <tr> <td colspan="2">_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Apellido de la Víctima</td> <td>Primer Nombre</td> <td>Segundo Nombre</td> </tr> <tr> <td colspan="2">_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Dirección (Número de Apartamento)</td> <td>Ciudad</td> <td>Estado/Código Postal</td> </tr> <tr> <td colspan="2">_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>(Código de Area ) Teléfono de Domicilio</td> <td colspan="2">(Código de Area ) Teléfono de Trabajo</td> </tr> <tr> <td colspan="2">_____</td> <td>Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</td> </tr> <tr> <td>Número de Seguro Social</td> <td>Fecha de Nacimiento</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Gastos por los cuales solicita reembolso (favor de marcar la cajilla o cajillas siguientes):  <input type="checkbox"/> Pérdida de Ingresos <input type="checkbox"/> Pérdida de Manutención <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Asesoría <input type="checkbox"/> Entierro/Funeral <input type="checkbox"/> Reubicación/Mudanza  <input type="checkbox"/> Viajes relacionados al crimen <input type="checkbox"/> Cuidado de un menor o un ser dependiente <input type="checkbox"/> Limpieza de la escena del crimen  <input type="checkbox"/> Reemplazo de propiedad tomada como prueba <input type="checkbox"/> Otro _____</td> </tr> </table>	_____		_____	Apellido de la Víctima	Primer Nombre	Segundo Nombre	_____		_____	Dirección (Número de Apartamento)	Ciudad	Estado/Código Postal	_____		_____	(Código de Area ) Teléfono de Domicilio	(Código de Area ) Teléfono de Trabajo		_____		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento		Gastos por los cuales solicita reembolso (favor de marcar la cajilla o cajillas siguientes): <input type="checkbox"/> Pérdida de Ingresos <input type="checkbox"/> Pérdida de Manutención <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Asesoría <input type="checkbox"/> Entierro/Funeral <input type="checkbox"/> Reubicación/Mudanza <input type="checkbox"/> Viajes relacionados al crimen <input type="checkbox"/> Cuidado de un menor o un ser dependiente <input type="checkbox"/> Limpieza de la escena del crimen <input type="checkbox"/> Reemplazo de propiedad tomada como prueba <input type="checkbox"/> Otro _____																													
_____		_____																																																					
Apellido de la Víctima	Primer Nombre	Segundo Nombre																																																					
_____		_____																																																					
Dirección (Número de Apartamento)	Ciudad	Estado/Código Postal																																																					
_____		_____																																																					
(Código de Area ) Teléfono de Domicilio	(Código de Area ) Teléfono de Trabajo																																																						
_____		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino																																																					
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento																																																						
Gastos por los cuales solicita reembolso (favor de marcar la cajilla o cajillas siguientes): <input type="checkbox"/> Pérdida de Ingresos <input type="checkbox"/> Pérdida de Manutención <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Asesoría <input type="checkbox"/> Entierro/Funeral <input type="checkbox"/> Reubicación/Mudanza <input type="checkbox"/> Viajes relacionados al crimen <input type="checkbox"/> Cuidado de un menor o un ser dependiente <input type="checkbox"/> Limpieza de la escena del crimen <input type="checkbox"/> Reemplazo de propiedad tomada como prueba <input type="checkbox"/> Otro _____																																																							
<p><b>INFORMACION DEL SOLICITANTE</b></p> <p>El Solicitante es cualquier persona que no sea la víctima, que haya incurrido gastos como resultado directo del crimen, o un familiar próximo de la víctima, que necesite asesoramiento como resultado del crimen. Use páginas adicionales si hay más de dos solicitantes.</p>	<table border="0"> <tr> <td colspan="2">_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Apellido del Solicitante</td> <td>Primer Nombre</td> <td>Segundo Nombre</td> </tr> <tr> <td colspan="2">_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Dirección (Número de Apartamento)</td> <td>Ciudad</td> <td>Estado/Código Postal</td> </tr> <tr> <td colspan="2">_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>(Código de Area ) Teléfono de Casa</td> <td>(Código de Area) Teléfono del Trabajo</td> <td>Relación a la Víctima</td> </tr> <tr> <td colspan="2">_____</td> <td>Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</td> </tr> <tr> <td>Número de Seguro Social</td> <td>Fecha de Nacimiento</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Gastos por los cuales solicita reembolso (favor de marcar la cajilla o cajillas siguientes):  <input type="checkbox"/> Pérdida de Ingresos <input type="checkbox"/> Pérdida de Manutención <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Asesoría <input type="checkbox"/> Entierro/Funeral <input type="checkbox"/> Reubicación/Mudanza  <input type="checkbox"/> Viajes relacionados al crimen <input type="checkbox"/> Cuidado de un menor o un ser dependiente <input type="checkbox"/> Limpieza de la escena del crimen  <input type="checkbox"/> Reemplazo de propiedad tomada como prueba <input type="checkbox"/> Otro _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Apellido del Solicitante Adicional</td> <td>Primer Nombre</td> <td>Segundo Nombre</td> </tr> <tr> <td colspan="2">_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Dirección (Número de Apartamento)</td> <td>Ciudad</td> <td>Estado/Código Postal</td> </tr> <tr> <td colspan="2">_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>(Código de Area ) Teléfono de Casa</td> <td>(Código de Area) Teléfono del Trabajo</td> <td>Relación a la Víctima</td> </tr> <tr> <td colspan="2">_____</td> <td>Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</td> </tr> <tr> <td>Número de Seguro Social</td> <td>Fecha de Nacimiento</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Gastos por los cuales solicita reembolso (favor de marcar la cajilla o cajillas siguientes):  <input type="checkbox"/> Pérdida de Ingresos <input type="checkbox"/> Pérdida de Manutención <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Asesoría <input type="checkbox"/> Entierro/Funeral <input type="checkbox"/> Reubicación/Mudanza  <input type="checkbox"/> Viajes relacionados al crimen <input type="checkbox"/> Cuidado de un menor o un ser dependiente <input type="checkbox"/> Limpieza de la escena del crimen  <input type="checkbox"/> Reemplazo de propiedad tomada como prueba <input type="checkbox"/> Otro _____</td> </tr> </table>	_____		_____	Apellido del Solicitante	Primer Nombre	Segundo Nombre	_____		_____	Dirección (Número de Apartamento)	Ciudad	Estado/Código Postal	_____		_____	(Código de Area ) Teléfono de Casa	(Código de Area) Teléfono del Trabajo	Relación a la Víctima	_____		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento		Gastos por los cuales solicita reembolso (favor de marcar la cajilla o cajillas siguientes): <input type="checkbox"/> Pérdida de Ingresos <input type="checkbox"/> Pérdida de Manutención <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Asesoría <input type="checkbox"/> Entierro/Funeral <input type="checkbox"/> Reubicación/Mudanza <input type="checkbox"/> Viajes relacionados al crimen <input type="checkbox"/> Cuidado de un menor o un ser dependiente <input type="checkbox"/> Limpieza de la escena del crimen <input type="checkbox"/> Reemplazo de propiedad tomada como prueba <input type="checkbox"/> Otro _____			_____		_____	Apellido del Solicitante Adicional	Primer Nombre	Segundo Nombre	_____		_____	Dirección (Número de Apartamento)	Ciudad	Estado/Código Postal	_____		_____	(Código de Area ) Teléfono de Casa	(Código de Area) Teléfono del Trabajo	Relación a la Víctima	_____		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento		Gastos por los cuales solicita reembolso (favor de marcar la cajilla o cajillas siguientes): <input type="checkbox"/> Pérdida de Ingresos <input type="checkbox"/> Pérdida de Manutención <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Asesoría <input type="checkbox"/> Entierro/Funeral <input type="checkbox"/> Reubicación/Mudanza <input type="checkbox"/> Viajes relacionados al crimen <input type="checkbox"/> Cuidado de un menor o un ser dependiente <input type="checkbox"/> Limpieza de la escena del crimen <input type="checkbox"/> Reemplazo de propiedad tomada como prueba <input type="checkbox"/> Otro _____		
_____		_____																																																					
Apellido del Solicitante	Primer Nombre	Segundo Nombre																																																					
_____		_____																																																					
Dirección (Número de Apartamento)	Ciudad	Estado/Código Postal																																																					
_____		_____																																																					
(Código de Area ) Teléfono de Casa	(Código de Area) Teléfono del Trabajo	Relación a la Víctima																																																					
_____		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino																																																					
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento																																																						
Gastos por los cuales solicita reembolso (favor de marcar la cajilla o cajillas siguientes): <input type="checkbox"/> Pérdida de Ingresos <input type="checkbox"/> Pérdida de Manutención <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Asesoría <input type="checkbox"/> Entierro/Funeral <input type="checkbox"/> Reubicación/Mudanza <input type="checkbox"/> Viajes relacionados al crimen <input type="checkbox"/> Cuidado de un menor o un ser dependiente <input type="checkbox"/> Limpieza de la escena del crimen <input type="checkbox"/> Reemplazo de propiedad tomada como prueba <input type="checkbox"/> Otro _____																																																							
_____		_____																																																					
Apellido del Solicitante Adicional	Primer Nombre	Segundo Nombre																																																					
_____		_____																																																					
Dirección (Número de Apartamento)	Ciudad	Estado/Código Postal																																																					
_____		_____																																																					
(Código de Area ) Teléfono de Casa	(Código de Area) Teléfono del Trabajo	Relación a la Víctima																																																					
_____		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino																																																					
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento																																																						
Gastos por los cuales solicita reembolso (favor de marcar la cajilla o cajillas siguientes): <input type="checkbox"/> Pérdida de Ingresos <input type="checkbox"/> Pérdida de Manutención <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Asesoría <input type="checkbox"/> Entierro/Funeral <input type="checkbox"/> Reubicación/Mudanza <input type="checkbox"/> Viajes relacionados al crimen <input type="checkbox"/> Cuidado de un menor o un ser dependiente <input type="checkbox"/> Limpieza de la escena del crimen <input type="checkbox"/> Reemplazo de propiedad tomada como prueba <input type="checkbox"/> Otro _____																																																							

SOLICITUD PARA LA COMPENSACION A LAS VICTIMAS DEL CRIMEN (CONTINUACION)

<p><b>INFORMACION SOBRE EL CRIMEN</b></p> <p>Por favor llene esta sección con cada detalle posible. <b>Esta información es importante al llevar a cabo una decisión sobre su solicitud.</b></p>	<p>Fecha del Crimen _____ No. del Reporte de Policía o de Protección para Niños (CPS) _____</p> <p>No. del caso de la oficina del fiscal (district attorney/prosecutor) _____</p> <p>Sitio en que se cometió el crimen (dirección/ciudad/condado/estado) _____</p> <p>Nombre de la autoridad policiaca que fue notificada _____</p> <p>¿Conocía la víctima al sospechoso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Cómo lo conocía? _____ Nombre del sospechoso _____</p> <p>Favor de describir el crimen y las lesiones que sufrió como su resultado. Si es necesario, favor de usar páginas adicionales para proporcionar esta información:</p> <p>_____</p> <p>Favor de marcar la cajilla que mejor describa el tipo de crimen que ocurrió :</p> <p><input type="checkbox"/> Agresión Sexual Contra un Adulto <input type="checkbox"/> Agresión Sexual Contra un Menor <input type="checkbox"/> Abuso Físico de un Menor de Edad</p> <p><input type="checkbox"/> Agresión (No Familiar) <input type="checkbox"/> Asalto con Agravante <input type="checkbox"/> Violencia Doméstica</p> <p><input type="checkbox"/> Manejando Embriagado (DWI)/Delito Vehicular <input type="checkbox"/> Abuso De Un Anciano <input type="checkbox"/> Homicidio</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (Favor de explicar): _____</p>																								
<p><b>INFORMACION DE EMPLEO</b></p>	<p>¿Estaba empleada la víctima en la fecha en que ocurrió el crimen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Trabajaba la víctima por sí misma en la fecha en que ocurrió el crimen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Profesión de la Víctima _____</p> <p>Nombre del Empleador de la Víctima Cuando Ocurrió el Crimen _____</p> <p>Dirección Del Empleador _____ Ciudad _____ Estado/Código Postal _____ (Area) No. de teléfono _____</p>																								
<p><b>POLIZAS DE SEGURO Y OTRAS FUENTES DE REEMBOLSO</b></p> <p><i>Conforme a la ley, es necesario que la víctima use todos los recursos que estén a su disposición antes de recibir compensación a través del Fondo para la Compensación. La Compensación a las Víctimas del Crimen verificará todos los recursos y cantidades recibidas, si existen, antes de hacer una determinación para cumplir un reembolso.</i></p>	<p>¿Tiene Ud. alguno de los siguientes? Favor de marcar "Sí" o "No" en cada opción.</p> <table border="0"> <tr> <td>Medicare</td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td>Medicaid</td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Seguro Médico</td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td>Seguro de Funeral</td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>TANF</td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td>Compensación al Trabajador</td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Seguro de Auto</td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td>Seguro para el Hogar</td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Seguro de Incapacidad</td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td>Seguro Social</td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Beneficios para Veteranos</td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td>¿Otro? (Describase)</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>Número Medicare _____ Número Medicaid _____</p> <p>Nombre de la Compañía de Seguro _____ (Area) Número de Teléfono _____ Número de Póliza/Grupo _____</p> <p>Dirección _____ Ciudad _____ Estado/Código Postal _____</p> <p>Si se trata de un delito vehicular, favor de indicar el nombre y número de póliza de la compañía de seguro de la víctima y del sospechoso, si tal información es disponible.</p>	Medicare	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicaid	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Seguro Médico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Seguro de Funeral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	TANF	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Compensación al Trabajador	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Seguro de Auto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Seguro para el Hogar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Seguro de Incapacidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Seguro Social	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Beneficios para Veteranos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Otro? (Describase)	_____
Medicare	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicaid	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																						
Seguro Médico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Seguro de Funeral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																						
TANF	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Compensación al Trabajador	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																						
Seguro de Auto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Seguro para el Hogar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																						
Seguro de Incapacidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Seguro Social	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																						
Beneficios para Veteranos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Otro? (Describase)	_____																						
<p><b>INFORMACION SOBRE UNA DEMANDA CIVIL</b></p>	<p>¿Ha antepuesto usted alguna demanda civil relacionada a este crimen, o pretende usted anteponer tal demanda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Nombre de Abogado _____ (Area) Número de Teléfono _____</p> <p>Dirección _____ Ciudad _____ Estado/Código Postal _____</p>																								

Favor de contestar las preguntas en el reverso de esta página.

## Solicitud Para La Compensación A Las Víctimas Del Crimen De Texas (Continuación)

### AVISO IMPORTANTE SOBRE DOCUMENTOS ABIERTOS AL PUBLICO

Por favor lea cada declaración, y luego marque una de las cajillas.

La información que sea proporcionada al Programa de Compensación a las Víctimas del Crimen se pone a la disposición pública, si es solicitada. La ley de Documentos Abiertos (Open Records) le extiende a usted esta oportunidad de informarle al Programa CVC si usted **no desea** que el Programa CVC dé a saber el nombre, la dirección, el número de seguro social, u otra información de identificación de usted. Sin embargo, si usted recibe beneficios, la ley permite que el público tenga acceso a la cantidad recibida y el nombre de usted. Por favor, marque la cajilla al lado de la declaración que se conforme a los deseos de usted.

**9 YO NO DESEO QUE EL PROGRAMA DE COMPENSACION A LAS VICTIMAS DEL CRIMEN PERMITA QUE EL PUBLICO TENGA ACCESO A MI NOMBRE, DIRECCION O CUALQUIER OTRA INFORMACION QUE ME IDENTIFIQUE.**

**9 YO SI DESEO QUE EL PROGRAMA DE COMPENSACION A LAS VICTIMAS DEL CRIMEN PERMITA QUE EL PUBLICO TENGA ACCESO A MI NOMBRE, DIRECCION O CUALQUIER OTRA INFORMACION QUE ME IDENTIFIQUE.**

**AVISO: Si usted NO elige una de estas dos opciones, su información personal le SERA abierta al público.**

---

### Información para el Departamento de Justicia

Para cumplir con las normas del Departamento de Justicia de los Estados Unidos (United States Department of Justice), debemos recaudar los siguientes datos acerca de la víctima. Esta información se solicita sólo para formular estadísticas. No será usada para establecer la elegibilidad de la víctima como beneficiaria del Programa para la Compensación a las Víctimas del Crimen.

¿Estaba físicamente incapacitada la víctima cuando ocurrió el crimen?    9 Sí    9 No

#### Grupo Etnico:

- 9 Nativo Americano o Nativo de Alaska
- 9 Afro-Americano
- 9 Hispano
- 9 Blanco
- 9 Asiático o Nativo de las Islas del Pacífico
- 9 Origen Nacional (país donde nació): \_\_\_\_\_

#### ¿Cómo se enteró acerca de nuestro programa? ¿Cuál fue su fuente de referencia?:

- 9 Un Anuncio de Información Pública
- 9 Programa de Compensación
- 9 Grupo de Apoyo
- 9 Programa de Asistencia para las Víctimas
- 9 Un Letrero, Folleto, etc.
- 9 El Hospital
- 9 Entidad policiaca/del orden público
- 9 Otro: \_\_\_\_\_

DECLARACION JURADA

**IMPORTANTE:**  
*Esta Declaración Jurada es parte de su solicitud y debe ser llenada y firmada antes de que se pueda procesar su solicitud.*

ACUERDO DE SUBROGACION:

Conforme al Código de Procedimientos Penales de Texas (Texas Code of Criminal Procedure), Artículo 56.52, me comprometo a darle aviso por escrito al Programa de la Procuraduría General para la Compensación a las Víctimas del Crimen (Crime Victims Compensation Program, CVC) antes de entablar una demanda civil contra cualquier parte como el resultado de esta actividad criminal. Asimismo, me comprometo a no ratificar ningún acuerdo o resolver tal acción civil, sin antes recibir la autorización por escrito, emitida por el programa CVC. Si recupero cualquier cantidad, a raíz de un fallo jurídico, acuerdo legal u otra fuente colateral, como resultado de los acontecimientos que sean la base de mi solicitud ante el programa CVC, me conformo a reembolsarle a CVC cualquier y toda cantidad que CVC me haya otorgado. Me conformo a que el Condado de Travis, Texas será la jurisdicción competente en lo referente a cualquier acción legal que surja entre la Procuraduría General y yo como resultado de esta petición.

AUTORIZACION PARA LA EMISION DE INFORMACION:

Mediante la presente, le concedo autorización a cualquier institución financiera, dependencia de servicio social, agencia gubernamental, hospital, médico, instalación para salud mental, asesor, psicólogo, psiquiatra, empleador, asegurador o demás personas con información relacionada al estado financiero, médico y de empleo, de entregar información relacionada a esta solicitud para beneficios, a los empleados del Programa de la Procuraduría General para la Compensación a las Víctimas del Crimen, con el fin de procesar esta solicitud. Esta información incluye, pero no se limita exclusivamente a, informes financieros, de empleo, diagnosis médicas y de tratamiento. Una copia de esta autorización firmada para la emisión de información se considera como equivalente a la original.

AFIRMACION Y AUTORIZACION:

Juro y afirmo bajo pena de perjurio, conforme las leyes del Estado de Texas (Código Penal § 37.02), que la información proporcionada en la Solicitud para Compensación a las Víctimas del Crimen de Texas, y cualquier información adicional que yo incluya, es verídica y correcta según mi mejor entendimiento. Comprendo que el Procurador General del Estado de Texas, o cualquier agente o representante de su oficina, tiene el derecho de verificar la información que se ha proporcionado. Comprendo que, si se proporciona información falsa, intencionalmente incompleta o engañosa, mi solicitud será negada y yo podría ser sujeto a penas civiles y administrativas conforme al Código de Procesos Penales de Texas (Texas Code of Criminal Procedure), Capítulo 56.

**AVISO: Usted debe tener por lo menos 18 años de edad para poder firmar esta solicitud, salvo si es legalmente casado/a.**

\_\_\_\_\_  
Firma de la víctima o solicitante      Nombre (en letras de molde)      Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento      Número de Seguro Social      Relación a la víctima

\_\_\_\_\_  
Si alguien le ayudó a llenar esta solicitud, por favor anote el nombre y el número de teléfono de tal persona aquí arriba.