

RECURSOS

Si usted es víctima de un crimen, tiene ciertos derechos bajo las leyes de Massachusetts, y puede ser elegible para ciertos servicios.

Para más información sobre los derechos de las víctimas y servicios a las víctimas, comuníquese con el Programa de Asistencia para Víctimas y Testigos en la Oficina de Fiscal de Distrito local o una de las siguientes agencias gubernamentales.

Programa para Víctima y Testigo de Crímenes de la Oficina del Fiscal de Distrito

Berkshire County	(413) 443-5951
Bristol County	(508) 997-0711
Cape and Islands	(508) 362-8113
Essex County	(978) 745-6610
Franklin County	(413) 774-3186
Hampden County	(413) 747-1000
Hampshire County	(413) 586-9225
Middlesex County	(781) 897-8300
Norfolk County	(781) 830-4800
Plymouth County	(508) 584-8120
Suffolk County	(617) 619-4000
Worcester County	(508) 755-8601

Programas de Asistencia Estatales para Víctimas

Oficina de Asistencia a las Víctimas de Massachusetts
(617) 586-1340 • www.mass.gov/mova

Departamento de Correcciones de Massachusetts
(866) 684-2846 • www.mass.gov/doc

Departamento de Información de Justicia Criminal
(617) 660-4690 • www.mass.gov/cjis

Departamento de Servicios de menores de Massachusetts
(617) 960-3290 • www.mass.gov/dys

La Junta de Libertad Condicional de Massachusetts
(508) 650-4500 • www.mass.gov/parole

Junta de Registro de Delincuentes Sexuales
(978) 740-6440 • www.mass.gov/sorb

Oficina del Procurador Federal de los Estados Unidos
(617) 748-3100 • www.usdoj.gov/usao/ma

COMPENSACIÓN PARA VÍCTIMAS

ASISTENCIA FINANCIERA PARA VÍCTIMAS DEL CRIMEN EN EL ESTADO DE MASSACHUSETTS



OFICINA DE LA FISCAL GENERAL

DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN
Y ASISTENCIA PARA VÍCTIMAS

One Ashburton Place
Boston, MA 02108
(617) 727-2200 ext. 2160
(617) 727-4765 TTY
(617) 742-6262 Fax
www.mass.gov/ago/vcomp

UN MENSAJE DE LA FISCAL GENERAL DE MASSACHUSETTS

El crimen violento impacta todos los aspectos en la vida de una persona. Los consecuentes daños físicos y psicológicos pueden afectar su capacidad para trabajar, estudiar, y alcanzar sus metas y aspiraciones personales.

A menudo, las víctimas podrían necesitar tratamientos para enfrentar los daños causados por las acciones violentas de otras personas. Los gastos económicos que ello conlleva - después de perder un ser querido, para la atención médica y dental, asistencia psicológica, y por lesiones derivadas de una discapacidad para trabajar - no deben servir para victimizar aún más a aquellos que son afectados por delitos violentos.

La Oficina del Fiscal General de Massachusetts se compromete a proveer a las víctimas de delitos las herramientas y el apoyo necesario para que ellos comiencen un proceso de sanación. Nuestra División de Compensación y Asistencia Para Víctimas es un recurso que trabaja cuidadosamente para que así ocurra. La División facilita ayuda económica a las víctimas de delitos violentos, si cualifican, para cubrir los gastos médicos y odontológicos (no aseguradas), de consulta psicológica, funerarios y entierro, y de pérdida de salario a causa de inhabilidad para trabajar. Nuestra División emplea el dinero obtenido de los agresores y puede ayudarle con los gastos hasta un máximo de \$25,000 por crimen.

Nosotros contamos con un personal que tiene experiencia y pueden ayudarle a conocer sus derechos como víctima de crimen violento, a determinar los gastos que pueden ser elegibles para indemnización y a identificar qué otros servicios son disponibles para que le ayuden.

Si usted o uno de sus seres queridos ha sido víctima de un crimen violento, por favor tome tiempo para leer este folleto y contacte nuestro Programa de Compensación a Víctimas y Asistencia para que le ayuden.

¿QUIÉNES SON ELIGIBLE?

- Víctimas de delito violento ocurrido en Massachusetts
- Dependientes y miembros de familias de víctimas de homicida
- Cualquier persona responsable por los gastos funerarios de una víctima de homicidio.

¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS?

- El crimen debe haber sido reportado a la policía dentro de cinco días, a menos que haya una buena excusa por la demora.
- Usted debe cooperar con los oficiales de la ley en la investigación y proceso judicial del delito, a menos que haya una excusa razonable para no cooperar.
- Usted debe solicitar la compensación dentro de los tres años del crimen ocurrido. Víctimas menores de 18 años en el momento del crimen podrán aplicar hasta los 21 años, o más tarde en ciertas circunstancias limitadas.

¿QUÉ GASTOS CUBRE?

Al grado que su seguro y otros fondos no cubran sus costos relacionados al crimen, usted puede ser reembolsado por:

- Gastos médicos o dentales (incluyendo equipo, provisiones y medicamentos)
- Gastos de consulta psicológica (para víctimas, para familiares de una víctima de homicidio, y para menores que han sido testigos de violencia contra un miembro de familia)
- Los gastos de funeral/entierro (es limitado)
- Pérdida de salario (solamente para víctimas)
- Pérdida de apoyo financiero (para dependientes de víctimas de homicidio)
- Gastos de ama de casa
- Auxiliar/suplemento funerarios/entierro
- Reemplazo de artículo de cama/ropa
- Limpieza de escena del crimen
- Examen Forense por Agresión Sexual
- Medidas de seguridad
- Consulta psicológica para padres no-ofensores de una víctima menor de edad

NOTA: No reembolsamos por: pérdida de propiedad personal, compensación por dolor y sufrimiento, y otras pérdidas

¿COMO SOLICITO?

- Llene y devuelva la solicitud a la División de Compensación y Asistencia de Víctima para su verificación. Generalmente, usted recibirá una decisión dentro de cuatro a seis meses. Es importante que guarde las pruebas de los pagos efectuados (facturas, recibos o estados de cuenta) para los gastos que desea reclamar para un reembolso.
- Su reclamo puede ser reabierto para gastos futuros, siempre y cuando usted no ha alcanzado el tope legal

SOLICITUD PARA COMPENSACIÓN DE VÍCTIMAS DE CRÍMENES

Favor de utilizar letra de molde y llenar ambos lados.

For AGO use only:

VC#

DECLARACIÓN DE RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Entiendo que el Fondo de Compensación de Víctimas es un fondo de último recurso. Yo prometo informar a la División de cualquier dinero que reciba de cualquier otra fuente de recursos financieros por los gastos o pérdidas por las que he solicitado indemnización, y prometo reembolsarle al estado inmediatamente de los mencionados fondos o dinero otorgados a mí o en mi nombre. Si se realiza una compensación, yo autorizo a la División a hacer pagos directamente al proveedor de servicios si yo no respondo dentro de los 3 meses de la fecha de la Notificación en la Adjudicación.

Yo autorizo a cualquier hospital, centro médico, doctor, proveedor de salud mental, compañías de seguros, empleador, persona u organismo, incluidas las agencias estatales y federales, dar mi información a la División de Compensación Para Víctimas. Yo entiendo que la información será utilizada para determinar mi reclamo para beneficios de compensación de víctima. No autorizo el uso o la divulgación /revelación de esta información a cualquier persona o entidad por cualquier otro propósito. Una fotocopia de esta autorización firmada es tan válida como el original. Esta autorización se caducará al llegar a una determinación final de todos los requisitos de acuerdo con MGL c. 258C y 940 CMR 14.00.

Certifico, bajo las penas y sanciones de perjurio, que toda la información y documentación presentada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi mejor información y creencia

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Padre o guardián si la víctima is menor.

Esta solicitud ha sido preparada por _____ a nombre de _____

I. INFORMACIÓN SOBRE LA VÍCTIMA

Nombre de la víctima: _____ Sexo: _____
Nombre Apellido

Dirección/postal: _____ Teléfono del hogar: () _____

Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono Celular: () _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad en el momento del incidente: _____ NSS: XXX-XX-_____
Mes Día Año

II. INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE *Si el solicitante es la víctima, escriba "la Misma persona"; si la víctima es menor de 18 años, la solicitud debe ser llenada por padres o guardianes.*

Nombre del solicitante: _____ Sexo: _____
Nombre Apellido

Dirección/postal: _____ Teléfono del hogar: () _____

Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono Celular: () _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Parentesco con la víctima: _____ NSS: XXX-XX-_____
Mes Día Año

Si llena esta solicitud en nombre de dependientes menores de la víctima, indique su parentesco con el menor:

La víctima, ó el solicitante en nombre de la víctima, han presentado una declaración antes? ___ Si ___ No

En caso que si, indique el mes y año en que presentó la declaracion. ____ / ____

III. INFORMACIÓN SOBRE EL CRIMEN *Tipo de crimen:*

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Incendio provocado | <input type="checkbox"/> Pornografía Infantil | <input type="checkbox"/> Trafico de personas | <input type="checkbox"/> Agresión Sexual |
| <input type="checkbox"/> Asalto | <input type="checkbox"/> Maltrato sexual infantil | <input type="checkbox"/> Secuestro | <input type="checkbox"/> Acecho |
| <input type="checkbox"/> Robo (domiciliario) | <input type="checkbox"/> Manejando borracho | <input type="checkbox"/> Otros crímenes de vehículo | <input type="checkbox"/> Terrorismo |
| <input type="checkbox"/> Maltrato físico infantil/negligencia | <input type="checkbox"/> Homicidio | <input type="checkbox"/> Robo | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

Lugar exacto del crimen: _____ Ciudad/Estado: _____

Fecha del crimen: ____/____/____ Fecha que reportó el crimen: ____/____/____
Mes Día Año Mes Día Año

Nombre del departamento de policía: _____ Nombre del oficial investigador: _____

Nombre de persona(s) que cometió el crimen si sabe: _____

Si usted ha sido atendido por un defensor de víctima en la corte u oficina del fiscal de distrito, favor indicar el nombre y teléfono del defensor: _____

Si no incluyó un reporte de la policía, describa brevemente el crimen y las lesiones causadas en una hoja de papel.

IV. INFORMACIÓN DE VICTIMIZACIÓN *Indique si una o más de las siguiente opciones está relacionada con el tipo de crimen que eligió:*

- Acoso de Bullying Violencia Doméstica y Familiar Abuso de Ancianos/Negligencia
 Crímenes de Odio Violencia Masiva

V. GASTOS *Indique tipos de gastos por los cuales usted solicita compensación.*

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gastos médicos* | <input type="checkbox"/> Pérdida de salario (para víctimas solamente) | <input type="checkbox"/> Gastos de consulta para víctimas* |
| <input type="checkbox"/> Suministros médicos / de farmacia* | <input type="checkbox"/> Pérdida de apoyo financiero (para dependientes de víctimas de homicidio)* | <input type="checkbox"/> Gastos de consulta para los miembros de familia de víctimas de homicidio* |
| <input type="checkbox"/> Servicios dentales* | <input type="checkbox"/> Servicios funerarios/entierro*† | <input type="checkbox"/> Gastos de consulta para menores que son testigos de violencia contra un miembro de la familia* |
| <input type="checkbox"/> Remplazo de servicios de ama de casa* | <input type="checkbox"/> Limpieza de la escena del crimen* | <input type="checkbox"/> Medidas de Seguridad* |
| <input type="checkbox"/> Gastos suplementarios de funeral/entierro* | <input type="checkbox"/> Gastos asociados de examen Forense de Agresión sexual* | <input type="checkbox"/> Consejería/asesoramiento para padre no ofensor de una víctima menor de edad* |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de artículo de cama/ropa* | | |

*Incluya copias de cuentas o recibos.

† Nombre de funeraria: _____

Dirección/postal: _____ Teléfono: (____) _____

VI. PÉRDIDA DE INGRESOS *Si busca pérdida de salario o apoyo financiero.*

Nombre del empleador de la víctima: _____ Persona a llamar: _____

Dirección/postal: _____ Teléfono: (____) _____

Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Si la víctima ha regresado o regresará al trabajo, calcular período de incapacidad: _____

Si está solicitando apoyo financiero para dependiente(s) de víctima de homicidio, complete los siguientes datos:

Nombre de dependiente(s)	Fecha de Nacimiento	NSS	Relación con la víctima
_____	____/____/____	XXX-XX-_____	_____
_____	____/____/____	XXX-XX-_____	_____
_____	____/____/____	XXX-XX-_____	_____

VII. OTRAS FUENTES DE ASISTENCIA FINANCIERA *Marcar todas las posibles fuentes para pagos de gastos total o parcial.*

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Seguro de salud | <input type="checkbox"/> "Cuidado gratuito" en el hospital | <input type="checkbox"/> Compensación laboral |
| <input type="checkbox"/> Seguro de vida o accidente | <input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo | <input type="checkbox"/> Restitución |
| <input type="checkbox"/> Seguro de automóvil | <input type="checkbox"/> Beneficios por incapacidad | <input type="checkbox"/> Beneficios públicos (welfare, Medicare, SSDI) |
| <input type="checkbox"/> Otros (<i>favor especificar</i>): _____ | | |

Nombres de las compañías de seguros que son aplicables: _____

Dirección/postal: _____ Teléfono: (____) _____ Número de póliza: _____

¿Usted ha iniciado una demanda o piensa iniciar un demanda civil? Sí: _____ No: _____ No está seguro: _____

Si la respuesta es sí, nombre de abogado: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección/postal: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

VIII. INFORMACIÓN OPCIONAL *Para propósitos estadísticos solamente.*

Raza/grupo étnico de la víctima:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Hispano/Latino | <input type="checkbox"/> Otra Raza |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo/ Otras Islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> Razas Múltiples |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano | <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> No deseo contestar la pregunta. |

¿Quién lo refirió a la División de Compensación y Asistencia Para Víctimas? _____

Llenar y devolver la solicitud a:

Oficina de la Fiscal General, División de Compensación y Asistencia Para Víctimas
One Ashburton Place, Boston, MA 02108

Phone: (617) 727-2200 ext. 2160 Fax: (617) 742-6262 TTY: (617) 727-4765
Correo electrónico: VCCorrespondence@state.ma.us