|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección A – Información de la víctima *(Persona que fue lesionada)*** | | | | | | | | | | | |
| **1.** Primer nombre de la víctima: | **2.** Segundo nombre de la víctima: | | | | | **3.** Apellido de la víctima: | | | | | |
| **4.** Fecha de nacimiento de la víctima: | **5.** Edad de la víctima cuando se cometió el delito: | | | | | **6.** N.° SS de la víctima | | | | | **7.** Género: |
| **8.** Dirección de domicilio, ciudad, estado y código postal de la víctima | | | | | | | | | | | |
| **9.** Dirección de correspondencia, ciudad, estado y código postal de la víctima *(Si es diferente de la dirección de domicilio)*: | | | | | | | | | | | |
| **10.** Teléfono diurno: ( ) | | | | | **11.** Otro teléfono: ( ) | | | | | | |
| **12.** Nombres y edades de las personas que dependen de la víctima: | | | | | | | | | | | |
| **13.** **Raza/Grupo étnico:** *(Para efectos estadísticos solamente)*  Indígena norteamericano o nativo de Alaska: Afiliación tribal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Asiático  Negro o afroamericano  Hispano  Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico  Blanco, no latino/Caucásico  Otra raza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| **14.** **Discapacidades antes de la victimización:** | | | | | | | | | | | |
| **15.** **¿Cómo se enteró de este programa? (Marque uno solo**) Policía  Oficina del Fiscal  Cartel/Folleto  Hospital/Proveedor médico  Examinador médico  Programa de Asistancia a las Víctimas  Funeral  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| **16. Información del Fiscal *(Puede que se siga una demanda distinta al caso criminal que lleva la Oficina del Fiscal)***  ¿La víctima o el reclamante ha presentado una demanda ***civil***contra alguien debido a este delito  Sí  No  Nombre y firma de abogados del Fiscal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono del Fiscal: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección de domicilio, ciudad, estado y código postal del Fiscal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| **17. Información de empleo de la víctima: *(Si es empleado independiente, se requiere las declaraciones de impuestos de los últimos tres años).***  Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono del empleador: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­\_ Nombre del supervisor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección de domicilio, ciudad, estado, código postal del empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿La víctima perdió trabajo debido al delito?  Sí  No ¿Cuántos días de trabajo perdió la víctima debido a lesiones relacionadas con el delito? \_\_\_\_\_\_ Desde la fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hasta la fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre del médico que autorizó el regreso al trabajo de la víctima: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono del médico: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección de domicilio, ciudad, esatdo y código postal del médico. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| **Sección B – Información del reclamante *(Complete esta sección solamente si la víctima es menor de edad, está incapacitada o ha fallecido).*** | | | | | | | | | | | |
| **1.** Primer nombre del reclamante: | **2.** Inicial del segundo nombre: | | | **3.** Apellido del reclamante: | | | | | **4.** Relación del reclamante con la víctima | | |
| **5.** Dirección de domicilio, ciudad, estado y código postal del reclamante: | | | | | | | | | | | |
| **6.** Dirección de correspondencia, ciudad, estado y código postal del reclamante *(Si es diferente de la dirección de domicilio)* | | | | | | | | | | | |
| **7.** Teléfono diurno ( ) | | | **8.** Otro teléfono: ( ) | | | | **9.** N.° SS del reclamante | | | | |
| **Sección C – Información de la persona de contacto *(No incluya a la víctima o al reclamante ni a nadie que viva en el hogar).*** | | | | | | | | | | | |
| **1.** Primer nombre del contaco: | **2.** Inicial del segundo nombre: | | | **3.** Apellido del contacto: | | | | | | **4.** Relación del contacto con la víctima | |
| **5.** Dirección de domicilio, ciudad, estado y código postal del contacto: | | | | | | | | | | | |
| **6.** Dirección de correspondencia, ciudad, estado y código postal del contaco *(Si es diferente de la dirección de domicilio)* | | | | | | | | | | | |
| **7.** Teléfono diurno ( ) | | **8.** Otro teléfono: ( ) | | | | | | **9.** Marque si la persona de contacto es un abogado defensor de víctimas tribales: | | | |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Sección D - Información del delito** |
| **¿Qué delito se cometió que llevó a la presentación de esta reclamación?** **Lugar del delito (Marque la ubicación principal):**  Incendio provocado  Secuestro  Bar o club  Asalto  Abandono de la escena  Negocio (diferente al sitio de trabajo de la víctima)  Robo en vivienda  Hurto  Zona rural  Asalto de vehículo  Agresión sexual  Apartamento/Casa de otra persona  Conducción en estado de ebriedad  Acecho  Calle  Negligencia/Maltrato físico de menor (16 años de edad)  Terrorismo  Vehículo  Pornografía infantil (menor de 16 años de edad)  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Sitio de trabajo de víctima  Abuso sexual infantil (menor de 16 años de edad)  Apartamento/casa de la víctima  Homicidio Otro (describa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tráfico de personas  Robo de identidad/Fraude/Delitos financieros (para este tipo de delito sólo se puede compensar el asesoramiento).  FEcha del delito: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Condado del delito: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad del delito: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Si la víctima es un menor, ¿dónde el menor reveló el delito a adulto?: Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Cuándo se reportó el delito a la policía? Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Quién reportó el delito? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿A qué organismo se reportó el delito? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Sección E- Información del delincuente (Si se conoce)** |
| Enumere a las personas que cometieron o que fueron acusadas del delito o delitos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Hubo detenciones?  Sí  No ¿Se han presentado cargos?  Sí  No  Si se presentaron cargos, ¿cuál es el número de caso delictivo (si se conoce)?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Relación del delincuente con la víctima (si existe): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Sección F - Gastos reclamados** |
| Funerarios  Cuidado de persona dependiente/Pérdida de apoyo  Orientación/Salud mental  Viaje  Servicios para Indígenas Norteamericanos Trad.  Médicos  Apoyo psicológico para situación de duelo  Pérdida de ingresos/Apoyo económico  Dentales  Servicios de sustitución  Pérdida económica futura  Rehabilitación  Limpieza de escena del delito  **Información sobre las lesiones de la víctima:**  Enumere las lesiones causadas por el delito: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Enumere los médicos y hospitales que trataron a la víctima tras el delito: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Funeraria y dirección (si se aplica): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Sección G - Información de seguros** |
| **¿Existe alguna cobertura de seguro que ayude con los gastos reclamados?**  **Sí**  **No** **En caso afirmativo, por favor enumere todas las coberturas de seguros:**  **Salud *(Complete si reclama gastos médicos).***  Empresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de grupo/Miembro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Marque si recibe Medicaid o Soonercare**  Medicaid o Soonercare # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Seguro de vida *(Complete si la víctima falleció).***  Empresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cantidad recibida: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Beneficiario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con la víctima: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección, ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Seguro de vehículo *(Complete si el delito estuvo relacionado con vehículos).***  **Empresa 1**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cantidad recibida $\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del agente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Empresa 2**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cantidad recibida $\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del agente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Sección H - Plazo de presentación**

El formulario de Compensación a las Víctimas de Delitos debe recibirse en la oficina del Consejo de Compensación a las Víctimas de Delitos en el plazo de un (1) año después de la fecha del incidente o el fallecimiento de la víctima, sin importar si adjuntó todas las facturas y la documentación a la reclamación. El plazo podrá prorrogarse hasta dos (2) años en determinadas circunstancias, a discreción del Consejo. Para los casos de abuso sexual infantil, las reclamaciones podrán aceptarse después del plazo de dos (2) años.

**Sección I - Confidencialidad de los registros**

Todos los registros y la información dados al Consejo para procesar una reclamación en nombre de una víctima de un delito, serán confidenciales, de conformidad con 21 O.S. 142.9 (G) de las Leyes de Oklahoma.

**Sección J - Con mi firma abajo...**

Acepto que he leído y entendido todas las instrucciones y los requisitos de elegibilidad y acepto que todas las facturas pendientes de pago o partes de ellas por servicios prestados a la víctima sean pagados por el Consejo de Compensación a las Víctimas de Delitos directamente al proveedor, si se aprueba esto. Además, por la presente certifico que la información contenida en esta reclamación es verdadera, y entiendo que la presentación de una reclamación de compensación falsa es un delito que será castigado con una multa que no excede los mil dólares ($ 1.000,00) o con pena de prisión en la cárcel del condado por un término no mayor a un (1) año o ambas cosas. En caso de que yo reciba compensación por mis lesiones de otra fuente, después de recibir una indemnización del Consejo de Compensación a las Víctimas de Delitos, entiendo que soy responsable de reembolsar al Consejo de Compensación a las Víctimas de Delitos en la medida que el Consejo me concedió la indemnización. Igualmente, si presento una demanda contra el acusado u otra parte, acepto notificar de inmediato al Consejo de Compensación a las Víctimas de Delitos. Además, entiendo que cualquier indemnización que reciba por parte del delincuente por los gastos pagados por el Consejo de Compensación a las Víctimas de Delitos, debe ser reembolsado por mí al Consejo de Compensación a las Víctimas de Delitos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­

Fecha de la firma

Firma de la víctima o del reclamante

### Sección K - Entrega de información

Por la presente autorizo a cualquier hospital, médico, abogado, cualquier persona que haya tratado o examinado a la víctima, funeraria u otra persona que preste servicios funerarios, cualquier empleador de la víctima, autoridad policial, municipal o pública, la Administración de la Seguridad Social, el Departamento de Servicios Humanos, cualquier organismo financiado por el gobierno federal, cualquier compañía de seguros y cualquier organización que tenga conocmiento de esta reclamación, a entregar toda la información con respecto al incidente que causó las lesiones personales o la muerte de la víctima y la reclamación que se hace aquí de los beneficios, al Consejo de Compensación a las Víctimas de Delitos de Oklahoma o al personal de Víctimas y Testigos de la Oficina del Fiscal de Distrito.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de la firma Firma de la víctima o del reclamante

### Sección L - Por ley estatal, usted debe ser informado de lo siguiente:

La información autorizada para ser entregada puede incluir registros que pueden indicar la presencia de enfermedades contagiosas o no contagiosas que pueden incluir, pero no se limitan a, enfermedades como hepatitis, sífilis, gonorrea y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), también conocido como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de la firma

Firma de la víctima o del reclamante

**Después de imprimir y fimar este formulario de reclamación, envíelo por fax, correo electrónico o correo ordinario**

**\*\*Nota a los proveedores de servicios\*\***

*La divulgación de información cumple con los requisitos de HIPAA y no tiene fecha de vencimiento.*

##### Programa de Compensación a las Víctimas de Delitos de Oklahoma

421 NW 13TH St., Suite 290, Oklahoma City, OK 73103-3710

405-264-5006 (OKC) 1-800-745-6098 (Línea gratuita) Fax: 405-264-5097 Sitio web: http://www.ok.gov/dac

*Nota:* El formulario de reclamación debe recibirse en la dirección de arriba en un plazo de un año del delito.

Si se muda y no deja dirección de reenvío, su reclamación podrá ser denegada; por lo tanto, infórmenos sobre su dirección de correspondencia correcta.

Por favor complete cuidadosamente TODAS las secciones y firme las tres partes de la página tres.

Puede enviarnos un correo electrónico con la información de su dirección de domicilio actual a: **victimsservices@dac.state.ok.us**

**INSTRUCCIONES**

***Sección A*** La víctima es la persona que resultó lesionada o muerta por un delito violento.

**Información de empleo:** Las personas empleadas que pierden el trabajo después de ser víctimas de un delito violento pueden calificar para el reembolso de los salarios perdidos durante el período de tiempo que estuvo en recuperación de las lesiones, siempre que el delito haya discapacitado a la persona para trabajar y un médico y el empleador de la víctima pueda verificar la discapacidad. No puede haber compensación por pérdida de salarios si el empleador de la víctima le pagó el tiempo de licencia, independientemente de la fuente de pago. La pérdida de apoyo a las personas dependientes de una víctima fallecida puede ser compensada si hay documentación de que fuentes colaterales (por ejemplo, la Seguridad Social y seguro de vida) son menores que el ingreso neto generado por la víctima antes de su fallecimiento. Si la víctima estaba empleada por cuenta propia cuando ocurrió el delito o si el empleador no retuvo los impuestos, se requerirán las declaraciones de impuestos de los últimos tres años antes de que se pueda considerar la pérdida del trabajo o la pérdida de apoyo. La pérdida de trabajo se calcula con base en el tiempo de discapacidad determinado por el médico y el empleador.

***Sección B*** (Complete sólo si la víctima es: fallecida, menor de edad o adulto incapacitado)

Los reclamantes autorizados pueden ser: 1) uno de los padres de un hijo menor de edad; 2) una persona dependiente de una víctima que ha fallecido a causa de un delito; 3) una persona autorizada para actuar en nombre de la víctima o una persona dependiente; o 4) una persona legalmente responsable del pago de los gastos que se hayan producido a causa de un acto delictivo (ejemplo: persona responsable del pago de gastos funerarios).

***Sección C*** (La persona de contacto debe ser diferente a la información de la víctima y reclamante)

Esta información debe ser proporcionada en caso de que no podamos comunicarnos con el reclamante por correo o por teléfono. La persona de contacto debe ser alguien de confianza que le dé un mensaje, alguien que sepa de su paradero y alguien que sepa que usted fue víctima de un delito. En esta sección se puede incluir la persona de contacto del programa, si un programa de asistencia para víctimas tribales está ayudando con la reclamación.

***Sección D*** Complete todas las partes que se aplican al incidente que dio lugar a la presentación de esta reclamación.

***Sección E*** Complete toda la información si sabe el nombre del delincuente o delincuentes. Si no conoce al delincuente, escriba DESCONOCIDO.

***Sección F*** Esta sección nos ayuda a determinar qué documentación se necesita para tomar una decisión sobre su reclamación.

**Información sobre las lesiones de la víctima**: Enumere las lesiones sufridas como consecuencia del delito y adjunte todas las declaraciones médicas detalladas. Enumere el hospital (si se aplica) y/o el médico tratante de la víctima u otros profesionales médicos. Si no se prestó tratamiento médico, escriba N/D.

***Sección G*** Siga cuidadosamente las instrucciones del formulario de reclamación para cada parte. Si no tiene ciertos tipos de seguros, escriba N/D en los espacios en blanco.

**Límites de compensación**

La suma de todos los pagos realizados a los reclamantes individualmente y los proveedores de servicios en nombre de una víctima no puede exceder los $ 20.000,00. Además de la asignación inicial de $ 20.000,00, pueden estar disponibles $ 20.000,00 adicionales por la pérdida del trabajo o la pérdida de apoyo. En ningún caso, la suma de todos los pagos podrá exceder los $ 40.000,00.

**Requisitos de elegibilidad**

- El delito debe ser reportado a la policía dentro de las 72 horas siguientes al incidente (se puede renunciar por causa justificada).

- La reclamación presentada en el plazo de un año del incidente o la muerte de la víctima (se puede prorrogar en casos de abuso sexual infantil).

- La víctima no fue el delincuente o cómplice y la compensación no beneficiaría al delincuente o cómplice.

- Hay pérdida económica después de deducir los recursos colaterales.

- La víctima y el reclamante cooperaron plenamente con los organismos policiales correspondientes.

- La víctima no contribuyó en modo alguno a la lesión o muerte sobre la que se basa la reclamación.

**Tipos de gastos cubiertos para las reclamaciones de compensación de víctimas de delitos elegibles**

**Funerarios:** Hasta $ 7.500 pueden ser reembolsados por los gastos razonables relacionados con funeral, cremación o entierro de una víctima fallecida.

**Servicios para Indígenas Norteamericanos Tradicionales:** Además de los gastos que figuran en las instrucciones, los gastos también pueden ser considerados para reembolso en ceremonias tradicionales de curación o entierro de víctimas de delitos que sean indígenas norteamericanos y familiares de las víctimas de homicidio de indígenas norteamericanos. El máximo permitido para gastos relacionados con entierros, incluidas las ofrendas, es de $ 7.500. El máximo permitido para servicios de curación es de $ 3.000 para la víctima lesionada. El máximo para servicios de curación para cada miembro de la familia después de un homicidio también es de $ 3.000. La asignación máxima para todos los servicios compensados a través del Programa de Compensación a las Víctimas de Delitos no podrá exceder los $ 20.000. Si solicita el reembolso de ceremonias de curación o entierro, por favor complete también el formulario de "Solicitud de Servicios para Indígenas Norteamericanos Tradicionales" que se encuentra en: <http://www.ok.gov/dac/Victims_Services/Just_for_Victims/index.html>

**Pérdida económica futura:** Los servicios necesarios que no se pueden obtener sin la aprobación previa del Consejo de Compensación a la Víctimas o pago por adelantado de la víctima. Para presentar una solicitud de pérdida económica futura, incluya una lista detallada de los gastos en los que espera incurrir, junto con una explicación de los gastos. Para el trabajo futuro dental o quirúrgico necesario para reparar daños causados por el incidente delictivo, pídale al médico que lo atiende que escriba una estimación precisa que contenga claramente el trabajo que se va a realizar y el costo. El médico tratante debe relacionar, por escrito, la necesidad de tratamiento médico debido a las lesiones sufridas durante el delito.

**Pérdida de ingresos/Pérdida económica:** Pérdida de ingresos del trabajo que la víctima habría realizado si no se hubiese lesionado. El empleador y el médico tratante deben verificar la pérdida de trabajo. Por la pérdida de trabajo del cuidador se puede conceder hasta $ 3.000, si la pérdida de trabajo es verificada por el empleador del cuidador. Por la pérdida de trabajo del cuidador sólo se puede conceder hasta $ 3.000 a las personas que tienen pérdida de salario no reembolsado debido al cuidado de una víctima de delito lesionada.

**Cuidado de personas dependientes/Pérdida de apoyo:** En el caso de fallecimiento de la víctima, el Consejo podrá considerar la posibilidad de reembolso por la pérdida de apoyo a una persona dependiente con base en los ingresos netos de la víctima en el momento del fallecimiento, menos las fuentes colaterales tales como: Cobertura de seguro de vida y de motorista no asegurado (más de $ 50.000), la Seguridad Social, la compensación laboral o reembolsos de terceros.

**Médicos/Dentales/De rehabilitación:** Incluye productos, servicios y alojamiento para asistencia médica (Ejemplos: exámenes médicos, equipos médicos, trabajos dentales, gastos hospitalarios y recetas médicas, terapia física, capacitación ocupacional de rehabilitación y otros tratamientos de recuperación y cuidado). Se pueden pagar honorarios médicos relacionados adeudados a proveedores de servicios hasta por el 80%, con una amortización necesaria del 20% del proveedor del servicio médico.

**Orientación para las víctimas/Salud mental:** Se puede pagar gastos de orientación psicológica hasta por un 80%, con una amortizacIón necesaria del 20% del proveedor de servicios de salud mental. La cantidad máxima indemnizable para orientación psicológica de la víctima es de $ 3.000. En circunstancias atenuantes, el Consejo puede renunciar a este límite.

**Apoyo psicológico en situación de duelo:** El apoyo para crisis que se inicia dentro de los tres años siguientes al delito es compensable, hasta por $ 3.000 por cada miembro de la familia de una víctima de homicidio, siempre que el consejero sea un proveedor calificado de atención en salud mental. *El tratamiento médico y farmacéutico para un familiar de una víctima de homicidio no es indemnizable*.

**Servicios de sustitución:** Los gastos incurridos razonablemente en la obtención de servicios ordinarios y necesarios en lugar de aquellos en los que la víctima habría incurrido en beneficio de sí misma o de su familia, si la víctima no hubiese sido lesionada. La pérdida de bienes no está cubierta por la Ley.

**Derechos por limpieza de la escena del delito y precinto:** La limpiea de la escena del delito es compensable hasta por $ 2.000. Se puede pagar hasta $ 750 por derechos de precinto de vehículos, siempre que la víctima/reclamante sea responsable de pagar dichos derechos que están asociados con un delito violento que ocurrió en un vehículo, y siempre que el vehículo haya sido retenido con fines probatorios.

**Viajes:** El millaje puede ser reembolsado para citas médicas o de orientación psicológica. Se requiere documentación del proveedor de servicios que verifique las fechas de las visitas.