

RECURSOS

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

Para más información sobre los derechos para las víctimas de crímenes violentos, 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.

Oficina del Fiscal de Distrito Programa para Víctimas y Testigos de Crímenes Violentos

Berkshire County	(413) 443-3500
Bristol County	(508) 997-0711
Cape and Islands	(508) 362-8103
Essex County	(978) 745-6610
Hampden County	(413) 747-1038
Middlesex County	(781) 897-8490
Norfolk County	(781) 830-4800
Northwestern District	(413) 586-5780
Plymouth County	(508) 584-8120
Suffolk County	(617) 619-4000
Worcester County	(508) 755-8601

Programas de Asistencia para Víctimas a Traves del Estado

Oficina de Asistencia para Víctimas
(617) 727-5200 • www.mass.gov/mova

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

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

Departamento de los Servicios de la Juventud
(617) 960-3290 • www.mass.gov/dys

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

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

Oficina del Procurador Federal de los Estados Unidos
(617) 960-3290 • www.usdoj.gov/usao/ma

Compensación Para Víctimas

Asistencia Financiera Para Víctimas del Crimen en el Estado de Massachusetts



Oficina de la Fiscal General
Martha Coakley

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 Martha Coakley

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, ir a clase y alcanzar sus



metas y aspiraciones personales. A menudo, las víctimas necesitan recibir tratamiento con el fin de aliviar las lesiones causadas por actos violentos ocasionados por otra persona. Los gastos económicos que ello conlleva – tras perder a un ser querido, para cuidados médicos y odontológicos, para ayuda psicológica, y a causa de secuelas que derivan en la inhabilidad para trabajar – no deben emplearse para victimizar aun más a aquellos que han sido afectados por un crimen violento.

Como la Fiscal General, me comprometo a habilitar a las víctimas de delitos y a ofrecerles los medios y el apoyo que necesitan para empezar el proceso de curación. Nuestra División de Compensación y Asistencia para Víctimas es un recurso que trabaja cuidadosamente para que así ocurra. Facilitamos ayuda económica a las víctimas de delitos violentos para cubrir los gastos médicos y odontológicos, de consulta psicológica, funerarios y de entierro, y de pérdida de salario a causa de inhabilidad para trabajar. Víctimas de delitos ocurridos en o después de Noviembre 5, del 2010, pueden, además, ser elegibles para recibir ayuda financiera en relación a gastos adicionales. Nuestra división emplea fondos obtenidos de los agresores y puede ayudarle con los gastos hasta un máximo de \$25,000 por crimen. Mi personal experimentado con cual contamos le ayudará a conocer sus derechos como víctima de crimen violento, a determinar los gastos que puedan ser elegibles para compensación y a identificar otros servicios de ayuda que se encuentren disponibles para asistirle.

Si usted o uno de sus seres queridos ha sido víctima de un crimen violento, por favor tómese su tiempo para leer este folleto y ponerse en contacto con nuestro Programa de Compensación a Víctimas para ayuda adicional.

Cordialmente,

Martha Coakley, La Fiscal General

¿QUIÉN ES ELIGIBLE?

- Víctimas de delito violento ocurrido en Massachusetts
- Dependientes y miembros de familias de víctimas de homicidio
- 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 para compensación dentro de tres años de ocurrido el crimen. Víctimas menores de 18 años en el momento del delito, pueden solicitar hasta cumplir los de 21 años de edad, o más tarde en ciertas circunstancias limitadas.

¿QUE 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)
 - Gastos funerarios/entierro hasta \$4,000
 - Pérdida de salario (para víctimas solamente)
 - Pérdida de apoyo financiero (para dependientes de víctimas de homicidio)
 - Gastos de ama de casa
- Gastos adicionales por delitos ocurridos en o después de Noviembre 5, del 2010:
- Auxiliar/suplemento funerarios/entierro
 - Reemplazo de articulo de cama/ropa
 - Limpieza escena del crimen
 - Examen Forense por Agresión Sexual
 - Medidas de seguridad
 - Consulta psicológica para padre no-ofensor de una víctima menor de edad

Gastos no incluidos: pérdida de propiedad personal, compensación por dolor y sufrimiento, y todas otras pérdidas

¿CÓMO SOLICITO?

- Llene la solicitud y devuelva a la División de Compensación y Asistencia para Víctima para verificación. En general, usted recibirá una decisión entre cuatro a seis meses.
- Su reclamo se puede abrir de nuevo para los gastos futuros.

VC#

*Favor de utilizar letra de molde y llenar ambos lados.***I. INFORMACIÓN SOBRE LA VÍCTIMA**Nombre de la víctima: _____ Femenino: _____ Masculino: _____
Nombre Apellido

Dirección: _____ Teléfono del hogar: (____) _____

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

Email: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad en el momento del incidente: _____ NSS: ____-____-____
*Mes Día Año***II. INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE** *Si el solicitante es la víctima, y es mayor de 18 años, llene la solicitud; si la víctima es menor de 18 años, la solicitud debe ser llenada por padres o guardianes.*Nombre del solicitante: _____ Femenino: _____ Masculino: _____
Nombre Apellido

Dirección: _____ Teléfono del hogar: (____) _____

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

Email: _____

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

Si llena el nombre de dependiente(s) que son menor(es) de edad y son dependientes de una víctima de homicidio, indique parentesco: _____

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

- Robo armado Incendio provocado Violencia domestica Maltrato físico o sexual a menores
- Secuestro Manejando entoxicado Maltrato Sexual Otros crímenes de vehículo
- Abuso (no familia) Acoso Homicidio Otros: _____

Lugar exacto del crimen: _____ Ciudad/Estado: _____

Fecha del crimen: ____/____/____ Fecha reportado (crimen): ____/____/____
*Mes Día Año Mes Día Año**Si el crimen no fué reportado dentro de 5 días, favor de explicar la razón en una declaración adjunta.*

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

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

Si usted ha sido atendido por un intercesor(a) de víctima en la corte u oficina del fiscal de distrito, favor de proveer nombre y teléfono del intercesor(a): _____

Describa brevemente las circunstancias del crimen: _____

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

- Gastos médicos* Efectos médicos/farmacéuticos* Gastos de consulta para la víctima*
- Servicios funerarios/entierro* † Gastos de consulta para parientes de víctimas de homicidio* Pérdida de apoyo financiero (para dependientes de víctimas de homicidio)
- Servicios dentales* Pérdida de salario (para víctima solamente) Gastos de consulta para menores que son testigos de violencia contra un miembro de la familia*

GASTOS ADICIONALES POR DELITOS OCURRIDOS EN O DESPUÉS DE NOVIEMBRE 5, DEL 2010

- Gastos suplementarios de funeral/entierro* Limpieza de la escena del crimen* Medidas de Seguridad*
- Reemplazo de artículo de cama/ropa* Examen Forense por Agresión Sexual gastos asociados* Consejería/asesoramiento para padre no ofensor de una víctima menor de edad*

**Incluir copias de cuentas o recibos.*

† Nombre de funeraria: _____

Dirección: _____ Teléfono: (____) _____

V. PÉRDIDA DE INGRESOS *Llenar si busca pérdida de salario o apoyo financiero.*

Nombre de Patron de la Víctima: _____ Persona a llamar: _____

Dirección: _____ Teléfono: (____) _____

Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

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

Completar solamente si está solicitando apoyo financiero para dependiente(s) de víctima de homicidio:

Nombre de dependiente(s)	Fecha de nacimiento	NSS	Parentesco con la víctima
_____	____/____/____	____-____-____	_____
_____	____/____/____	____-____-____	_____
_____	____/____/____	____-____-____	_____
_____	____/____/____	____-____-____	_____

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

- Seguros médicos
- Seguro de vida o accidente
- Seguro de automóvil
- Otros (*favor especificar*): _____
- "Cuidado gratuito" en el hospital
- Beneficios de desempleo
- Beneficios por incapacidad
- Compensación laboral
- Restitución
- Beneficios públicos (welfare, Medicare, Medicaid, SSDI)

Nombres de las compañías de seguro aplicable: _____

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

VII. INFORMACIÓN OPCIONAL *Para propósitos estadísticos solamente.*

- Raza/grupo étnico de la víctima:
- Blanca
 - Negro
 - Hispano
 - Asiático
 - Indio Americano
 - Otro
 - No deseo contestar la pregunta.

¿Quien lo refirió a la División de Compensación Y Asistencia Para Víctimas? _____

DECLARACIÓN DE RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Yo entiendo que el Fondo De Compensación para Víctimas es un fondo de último recurso. Prometo informarle a la División de cualquier dinero o recompensa que yo he recibido o recibiré de cualquier otra fuente de recursos financieros por los gastos o pérdidas por los cuales he solicitado compensación, y reembolsarle al estado esos fondos inmediatamente. Si se realiza una recompensa y yo fallo en responder dentro de 3 meses de la fecha en la Notificación de Recompensa, yo autorizo a la División a hacer pagos directamente al proveedor por los servicios.

Yo autorizo a cualquier hospital, facilidad médica, doctor, proveedor de servicios mentales/emocionales, compañía de seguro, empleador/patrón, persona o agencia, que de información a la División de Compensación Para Víctimas. Yo entiendo que la información va a usarse para hacer una determinación en mi reclamo de fondos de compensación. Yo no autorizo el uso o la revelación de ésta información a cualquier otra persona o entidad, para ningún otro propósito. Una fotocopia de ésta autorización es tan válida como la original. Esta autorización expira al llegar a una determinación final y al completarse todos los requisitos bajo M.G.L. c. 258C y 940 CMR 14.00.

Yo certifico, bajo las penalidades de perjurio, que la información en ésta solicitud es veraz y correcta hasta lo mejor de mi conocimiento y creencia.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Padre o guardián si la víctima is menor.