



CLARK COUNTY
OFFICE OF THE DISTRICT ATTORNEY

Criminal Division

STEVEN B. WOLFSON
District Attorney

200 Lewis Avenue • Las Vegas, NV 89101 • 702-671-2500 • Fax: 702-455-2294 • TDD: 702-385-7486

BRIGID J. DUFFY KAREN S. CLIFFE LISA LOGSDON ALEXANDER CHEN PAMELA WECKERLY
Assistant District Attorney Assistant District Attorney County Counsel Assistant District Attorney Assistant District Attorney

CONDADO DE CLARK SOLICITUD DE COMPENSACIÓN ASALTO/ABUSO SEXUAL

Yo, declaro bajo pena de perjurio bajo la ley del Estado de Nevada que lo anterior es verdadero y correcta:

1. Que soy la víctima de asalto sexual o el cónyuge de la víctima o el padre/madre o guardián legal de dicho víctima:
2. Que el asalto/abuso sexual ocurrió en el Condado de Clark en el _____ (fecha):
3. Que se requiere un tratamiento médico por las lesiones físicas resultando del asalto/abuso sexual y lo que se requiere consejería por el trauma emocional resultando del asalto/abuso sexual.
4. Por medio de la presente solicito ayuda monetaria del Condado de Clark para pagar por dicho tratamiento o consejería.
5. Que el reporte escrito sobre el asalto/abuso sexual fue presentado ante _____ (Nombre de la agencia del Orden Público) en _____ (fecha), Número de reporte de Policía/Número de Evento# _____;
6. Yo acepto en reembolsar el Condado de Clark por la asistencia proporcionada conforme a esta aplicación en la medida de cualquier recuperación de los daños contra los ofensores u otra persona responsable pagadas a mi como resultado de la anteriormente referenciada asalto/abuso sexual; y por este medio le cedo a el Condado de Clark asalto sexual y programa de Víctima de abuso cualquier derechos para recuperar de tales personas o entidades en la medida de los pagos hechos a mi nombre y estoy de acuerdo en cooperar en la colección de dichos pagos;

7. AUTORIZACIÓN:

Por este medio autorizo a todos los doctors, dentistas, psicólogos, farmacéuticos, hospitals, terapeutas de familia y matrimonios, trabajadores sociales clinicos, laboratorios, u otras que proporcionan cuidado, consultas tratamientos, medicinas o provisiones para proveer al Condado de Clark reclamos de compensación por asalto/abuso sexual con información completa y copias de archivos en relación a mi historial, estado físico o mental, consultas, tratamientos o psicoterapia recibida. Yo entiendo que esta información puede ser revelada a otras agencias del orden public y tal vez revelada en los procesos judiciales.

Yo también autorizo al Condado de Clark reclamos de compensación por asalto/abuso sexual a dar cualquier información relevante a pagar y el procesamiento de reclamaciones de coordinación de la provisión de beneficios a cualquier compañía de seguros, plan de servicio, unión, fondo fiduciario, o el Estado de Nevada programa de víctimas de crímenes violentos, si así lo solicitan dicha información.

Esta autorizacón para información y copias de archivos expira en cinco (5) años de la fecha de esta aplicación y puede ser revocada en cualquier momento antes de recibir beneficios de este programa. Una fotocopia de esta autorizacón sera considerada eficaz y válida como el original.

OBLIGATORIO: FECHA DE NACIMIENTO DE LA VÍCTIMA Y REPORTE DE LA POLICÍA/NÚMERO DE EVENTO SON REQUERIDOS, DE LO CONTRARIO NO SE PROCESARÁ ESTA SOLICITUD. ESCRIBIR NOMBRE DEL PADRE/ GUARDIÁN REQUERIDO.

Firma del Solicitante/Padre o Guardián

Nombre de Víctima

Escriba Nombre del Solicitante/Padre o Guardián

Dirección

Dirección

Ciudad/Estado/ Código Postal

Ciudad/Estado/ Código Postal

Código de Area y Número de Teléfono

Fecha de Nacimiento de la Víctima