



# Estado de Nevada

## Programa de víctimas de delitos

### Solicitud de compensación para víctimas de delitos

VOCP Date Stamp and Claim #

Llene las secciones 1 a 11 a su mejor saber y entender. Use un bolígrafo de tinta negra o azul. Escriba en letras de molde con claridad.

### Sección 1: Cuéntenos sobre la víctima.

*La víctima es la persona que fue atacada, lesionada o murió en el curso del delito.*

Nombre, Segundo nombre, Apellido

Dirección postal,

Ciudad,

estado,

código postal

Teléfono celular, o Teléfono del hogar,

Teléfono del trabajo,

Correo electrónico

Fecha de nacimiento

Edad en la fecha del crimen

Últimas 4 cifras del N° del Seguro Social

- Masculino  
 Femenino

***Si la víctima falleció, fecha de defunción:***

### Sección 2: Si presenta la solicitud en nombre de la víctima, cuéntenos sobre usted.

*Un solicitante es una persona que no es la víctima y que está llenando la solicitud porque la víctima es menor de 18 años de edad, mental o físicamente incapaz de llenar la solicitud, o ha fallecido.*

Nombre, Segundo nombre, Apellido

Dirección postal,

Ciudad,

estado,

código postal

Teléfono celular, o Teléfono del hogar,

Teléfono del trabajo,

Correo electrónico

***Relación con la víctima:***

Número de personas que solicitan beneficios

Últimas 4 cifras del N° del Seguro Social

Fecha de nacimiento (el solicitante tiene que ser adulto)

**Enviar aplicaciones completas y firmadas a:**

VOCP

6171 W. Charleston Blvd., Bldg. 9

Las Vegas, NV 89146

application@voc-net.com

### Sección 3: Cuéntenos sobre el delito.

**Adjunte una copia del informe policial preparado por la Agencia de Cumplimiento de la Ley.** Los reclamos presentados sin un informe policial serán aceptados, pero el VOCP solicitará un informe. La decisión será tomada cuando el VOCP reciba el informe policial oficial.

**Nota:** Sólo los delitos violentos son elegibles para recibir asistencia del VOCP. El VOCP no puede aprobar delitos de robo o delitos contra la propiedad.

Nombre de la Agencia de Cumplimiento de la Ley donde se denunció el delito:

Fecha del delito:

Fecha en que se denunció el delito:

Informe de delito n°:

Si el delito ocurrió hace más de dos (2) año, indique por qué no solicitó ayuda del VOCP hasta ahora.

No sabía que existía el VOCP

No estaba capacitado física/mentalmente para presentar la solicitud

Otro, *explique:*

Tipo de victimización relacionada con la delincuencia en su caso: (No elija más de uno)

Acoso

Doméstica y Violencia Familiar

Abuso de Ancianos

Odiar Crimen

Violencia Misa

Tipo de delito:

Arson

Abuso Sexual Infantil

Otros Delitos Vehiculares

Asalto

DUI/DWI

Robo

Robo de casa/propiedad

Fraude/Delitos Financieros

Asalto Sexual \*

Abuso Físico/Abandono

Homicidio

Acecho

Pornografía Infantil

Trata de Personas

Terrorismo

Secuestro

Otro:

Condado donde ocurrió el delito:

Clark

Lincoln

Carson City

Lander

Churchill

Mineral

Douglas

Nye

Elko

Pershing

Eureka

Storey

Esmeralda

Washoe

Humboldt

White Pine

Lyon

**\* Delitos de agresión sexual solamente:**

Requerido por: NRS 217.290 y NRS 217.300

¿Presentó una solicitud de ayuda al condado por agresión sexual?

Sí

No Si "No", explique:

Si "Sí", ¿recibió y/o gastó estos fondos?

Sí

No Si "No", explique:

Nombre y dirección del infractor: (si lo sabe)

¿Dónde se produjo el delito? (dirección exacta, ubicación o cruce de calles más cercano)

**Describe cómo ocurrió el delito:**

**Describe las lesiones sufridas por la víctima debido al delito:**

## Sección 4: Cuéntenos sobre sus gastos relacionados con el delito.

Ayúdenos a determinar cómo podemos ayudarlo. El VOCP tiene recursos limitados, y queremos satisfacer sus necesidades y problemas financieros más importantes. **Marque los gastos que tuvo relacionados con el delito**, o que espera incurrir debido al delito. **Adjunte sus facturas, recibos, presupuestos u otros documentos que sirvan de comprobante a su solicitud de pago.** **Para que el VOCP pague los gastos, tiene que tener comprobantes. Los gastos deben estar relacionados directamente con el delito..**

<input type="checkbox"/>	Cuentas del hospital	<input type="checkbox"/>	Gastos funerarios y de entierro
<input type="checkbox"/>	Cuentas de ambulancia	<input type="checkbox"/>	Limpieza en la escena del delito
<input type="checkbox"/>	Cuentas médicas/dentales	<input type="checkbox"/>	Gastos de guardería
<input type="checkbox"/>	Medicamentos bajo receta	<input type="checkbox"/>	Gastos de mudanza
<input type="checkbox"/>	Visión/Anteojos	<input type="checkbox"/>	Reparaciones de sistemas de seguridad
<input type="checkbox"/>	Quiropráctica/Fisioterapia	<input type="checkbox"/>	Atención médica a domicilio
<input type="checkbox"/>	Pérdida de salario/Manutención	<input type="checkbox"/>	Otro:
<input type="checkbox"/>	Consejería/Salud Mental		

## Sección 5: Cuéntenos sobre sus discapacidades o problemas médicos anteriores.

Si tenía una discapacidad o recibía tratamiento médico antes del delito, explique a continuación:

## Sección 6: Cuéntenos sobre reclamos anteriores por ser víctima de un delito.

¿Ha presentado un reclamo por ser víctima de un delito en Nevada o algún otro estado?

Sí  
 No

Si "Sí": Estado donde presentó el reclamo	Fecha de presentación	Tipo de delito
Nombre de la víctima, solicitante o reclamante		Estado actual: (abierto o cerrado)

## Sección 7: Proporcione información demográfica y estadística

Esta información se solicita solamente con fines de información estadística. Esta información NO afectará de ninguna manera su elegibilidad.

<b>Ingresos anuales:</b>	<b>Empleo al momento del delito:</b>	<b>Idioma principal:</b>	<b>¿El alcohol o las drogas fueron un factor en este delito de alguna manera?</b>
<input type="checkbox"/> \$0 a \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,000 a \$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,000 a \$30,000 <input type="checkbox"/> \$30,000 a \$40,000 <input type="checkbox"/> \$40,000 a \$60,000 <input type="checkbox"/> \$60,000 a \$80,000 <input type="checkbox"/> \$80,000 a \$100,000 <input type="checkbox"/> Más de \$100,000	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe

<b>Race:</b>	<b>Marital Status:</b>	<b>Education Level:</b>
<input type="checkbox"/> Los indios americanos / nativos de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii y otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blancos no latinos / caucásico <input type="checkbox"/> Alguna otra raza <input type="checkbox"/> Múltiples Carreras	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> No se graduó de la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Asistió a la universidad <input type="checkbox"/> Asistió a una escuela de posgrado <input type="checkbox"/> Tiene un título de posgrado

## Sección 8: ¿Cómo se enteró del programa VOCP?

Ayúdenos a evaluar y mejorar nuestros servicios. Cuéntenos cómo se enteró que existía el VOCP. Marque una o dos opciones.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agencia de cumplimiento de la ley | <input type="checkbox"/> Defensor de víctimas   |
| <input type="checkbox"/> Fiscal/Procurador                 | <input type="checkbox"/> Programa de servicios a víctimas (Safe Nest, Stop DUI, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Hospital/Clinica                  | <input type="checkbox"/> Búsqueda por Internet  |
| <input type="checkbox"/> Profesional médico/dental         | <input type="checkbox"/> Periódicos/Medios de comunicación                            |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Protección al Menor  | <input type="checkbox"/> Amigo/Familiar   |
| <input type="checkbox"/> Consejero de salud mental         | <input type="checkbox"/> Otro:  |

## Sección 9: Persona que ayuda al solicitante a llenar esta solicitud.

Proporcione la siguiente información sólo si está ayudando a la víctima a llenar esta solicitud

Nombre	Apellido	Nombre de la empresa, afiliación o relación (hospital, profesional dental, programa de víctimas, etc.):
Teléfono	Correo electrónico	

## Sección 10: Si un defensor o abogado lo está ayudando, cuéntenos sobre él.

Llene esta sección si un abogado o defensor de víctimas está ayudando a la víctima. No hace falta tener a un defensor o abogado para presentar la solicitud.

Nombre	Apellido	Teléfono de la oficina
Dirección de la oficina		Ciudad, estado, código postal:
Programa de defensa de víctimas o nombre del estudio de abogados:		Correo electrónico:

|| A pedido, por favor proporcione el abogado anterior o abogado con las copias de la correspondencia enviada al solicitante.

Firma del defensor o abogado: (Necesaria para recibir documentos)

Fecha:

## Sección 11: Cuéntenos sobre el seguro de la víctima o caso civil iniciado por la víctima

Si tiene cualquier tipo de seguro o reclamo legal, proporcione dicha información en el espacio provisto a continuación. Use hojas adicionales si fuera necesario.

¿La víctima/solicitante tiene seguro de vida, médico, dental o de visión?	Si el delito involucró un vehículo, ¿la víctima/solicitante o el infractor tienen seguro de vehículo?	Si el delito ocurrió en la casa o propiedad de la víctima, ¿hay seguro de la propiedad?	Si el delito ocurrió en el lugar de trabajo de la víctima/solicitante, ¿hay un reclamo por compensación del trabajador?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre de la empresa:	Número de teléfono:	Tipo y número de póliza:	
¿La víctima/solicitante ha presentado, o va a presentar, una demanda civil relacionada con este delito?		¿La víctima/solicitante ha recibido, o espera recibir, algún pago o liquidación relacionada con este delito?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	



## Estado de Nevada

### Programa de víctimas de delitos

#### Autorización para divulgación de información, certificación y reconocimientos:

Nombre de la víctima:	Fecha de nacimiento de la víctima:	Nº de VOCP

**He presentado una solicitud ante el Programa de Compensación para Víctimas de Delitos (VOCP) de Nevada. Para ayudar al VOCP a determinar mi elegibilidad para recibir asistencia, por la presente consiento y autorizo a divulgar información al VOCP. Por la presente eximo de responsabilidad a cualquier persona que brinde información al VOCP por dicha divulgación.**

**Informes de agencias de cumplimiento de la ley:** Por la presente autorizo a cualquier policía, agencia de cumplimiento de la ley, agencia de protección de menores u oficina de médico forense a que divulgue todo informe policial, de investigación o de incidente relacionado con mi solicitud presentada ante el VOCP, conforme a: NRS 217.110 (2)(d), NRS 217.180, NRS 217.210 (1) y NRS 217.220 (1) y (2). Comprendo que dichos informes permanecerán confidenciales conforme a la ley estatal y federal, y a NRS 217.105.

**Información médica:** Autorizo por la presente a cualquier hospital, clínica médica, facultativo, dentista, profesional de salud mental, farmacéutico o cualquier otro profesional médico a divulgar cualquier y toda información relacionada con informes médicos, historias clínicas, pronósticos, planes de tratamiento, información de facturación y cualquier otra información relacionada con mi tratamiento o afección médica al VOCP, conforme a NRS 217.100. Esta información es sometida a re-divulgación y no será protegida por leyes de privacidad. Yo tengo el derecho de revocar esta autorización en forma escrita en cualquier tiempo. *Esta autorización médica vencerá sin tener que revocarla explícitamente en el plazo de un año de la fecha indicada al pie.* Esta divulgación cumple con todas las reglamentaciones de HIPAA. Para continuar sus beneficios mas allá de un año del delito, se requiere una recien autorizacion medica.

**Divulgación de información al VOCP:** Por la presente autorizo al VOCP a divulgar información a las agencias policiales, médicas o de otros proveedores de servicio, a mi defensor, abogado u otros con relación a mi solicitud o reclamo, pero sólo en la medida que ello fuera necesario para administrar el VOCP o mi reclamo. No se divulgará ninguna información prohibida por ley. NRS 217.110 y 217.105.

**Certificado de elegibilidad financiera:** Por la presente certifico que no tengo ahorros o inversiones que excedan el monto de mis ingresos anuales, y que de no recibir la ayuda del VOCP tendría problemas económicos severos. Por la presente autorizo a cualquier compañía de seguros, institución financiera, agencia gubernamental o cualquier otra persona que tenga información sobre mí que la divulgue al VOCP. NRS 217.220 (4).

**Mi promesa de devolver el dinero al VOCP:** Por la presente reconozco mi obligación legal de devolver al VOCP cualquier dinero que me pague, o que pague el VOCP en mi nombre, **si llegara a recibir cualquier monto de dinero, de cualquier origen, como consecuencia del delito.** Por la presente acepto notificar al VOCP si contrato a un abogado para iniciar un juicio o demanda, o si recibo cualquier restitución u otra forma de compensación ordenada por la corte, incluyendo, entre otros, pagos de seguro, liquidaciones u otros pagos de beneficios. NRS 217.240.

#### Penalidades por proporcionar información falsa:

**Comprendo que puedo ir a la cárcel o ser multado si proporciono información falsa o engañosa, o**

Escriba el nombre completo de la persona que firma la solicitud en letras de molde:

**Firma de la víctima/solicitante** (tiene que ser firmado por un adulto)

**Fecha:**

**Enviar la solicitud completa y firmada a:**

VOCP  
6171 W. Charleston Blvd., Bldg. 9  
Las Vegas, NV 89146

Escanear y enviar por correo electrónico  
application@voc-net.com

Enviar por fax a: (702) 486-2825