

OFICINA DEL ABOGADO GENERAL DE KANSAS  
DEREK SCHMIDT



**LA JUNTA DE COMPENSACION PARA VICTIMAS DE CRIMEN**

Junta de Compensación para Víctimas de Crimen  
120 SW 10<sup>th</sup> Ave., 2<sup>nd</sup> Floor  
Topeka, KS 66612-1597  
Teléfono (785) 296-2359 FAX (785) 296-0652

Reclamo # \_\_\_\_\_  
(sólo para uso de la oficina)

**SOLICITUD DE COMPENSACION PARA VICTIMAS**

Debe ser llenada dentro del término de dos años después del incidente. En casos de asalto sexual de menores, se basa en la fecha en que el crimen fuera reportado a las autoridades. Es la responsabilidad del que reclama el establecer prueba de que el reclamo ha sido registrado a tiempo de acuerdo con la ley K.S.A. 74-7305(b).

*Las preguntas concernientes a tensiones financieras son obligatorias según los Estatutos de Kansas.  
Por favor señale que clase de compensación para víctimas de crimen solicita:*

Médica \_\_\_ Terapia \_\_\_ Pérdida de Salarios \_\_\_ Funeral \_\_\_ Limpieza del lugar del crimen (solo para homicidios)\_\_\_

**Sección A – Información de la Víctima**

1. Nombre de la Víctima

2. Fecha de Nacimiento

3. Edad

4. Número del Seguro Social

La siguiente información es opcional y será usada para estadísticas solamente y es solicitada para cumplir con la ley de los Derechos Civiles Federales bajo la Sección 1407(e) del Acta para Víctimas de Crimen de 1984.

A. Incapacitado: Sí \_\_\_ No \_\_\_

B. Raza: Blanca \_\_\_ Negra \_\_\_ Hispana \_\_\_ Indio Americano/Nativo de Alaska \_\_\_ Asiática/de las Islas del Pacífico \_\_\_ Otra \_\_\_

C. Cómo se enteró sobre este programa? Por:

La Policía \_\_\_ Un Hospital \_\_\_ El Fiscal \_\_\_ El Programa de Ayuda para Víctimas \_\_\_ Un Cartel/Pamfleto \_\_\_

Un Anuncio Para Servicio Público \_\_\_ Por Otro Medio (por favor especifique) \_\_\_\_\_

D. Sex: Femenino \_\_\_ Masculino \_\_\_

**Sección B – INFORMACION DEL SOLICITANTE**

1. Nombre del Solicitante:

2. Relación con la Víctima:

3. Dirección (Calle):

4. Ciudad:

5. Estado:

6. Zona Postal:

7. Teléfono de su residencia:

8. Teléfono de su trabajo:

9. Número de su Seguro Social:

**Sección C – REPRESENTACION DEL ABOGADO**

Tiene usted un abogado privado que lo(a) represente en una acción civil o de un seguro como resultado de este incidente?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

Si su respuesta es afirmativa, responda las siguientes preguntas:

1. Nombre del Abogado:

2. Nombre de la Firma:

3. Dirección : (Calle)

4. Ciudad, Estado, Zona Postal:

5. Teléfono:

<b>Clase de crimen: (señale uno)</b>		
<input type="checkbox"/> Violencia Doméstica	<input type="checkbox"/> Asalto	<input type="checkbox"/> Incendio Premeditado
<input type="checkbox"/> Violencia Doméstica (homicidio)	<input type="checkbox"/> Secuestro	<input type="checkbox"/> Asesinato/Homicidio
<input type="checkbox"/> Asalto/ Sexual (violación) (de un adulto)	<input type="checkbox"/> Acecho	<input type="checkbox"/> Otro (explique por favor)
<input type="checkbox"/> Asalto Sexual de un Menor	<input type="checkbox"/> Conducir embriagado	
<input type="checkbox"/> Abuso Físico de un Menor	<input type="checkbox"/> Homicidio conduciendo embriagado	
2. Fecha del crimen:	3. Fecha en que el crimen fue reportado:	4. Nombre de la agencia a la cual se reportó:
5. Número del reporte de la policía:	6. Nombre del agente investigador:	

7. Breve descripción del crimen: _____ _____ _____			
8. Lugar del crimen – Calle:	Ciudad:	Condado:	Estado:
9. Nombre(s) del (de los) delincuente(s):			
10. La víctima conocía al (a los) delincuente(s)? Sí _____ No _____		Si lo (los) conocía cuál era su relación con él (ellos)	
11. Se ha hecho el arresto? Sí _____ No _____		No se sabe	
12. Caso de la corte número:		De la Corte Distrital ____ De la Corte Municipal ____	

<b>Sección E – Gastos de Funeraria (Máximo Permitido 5,000.00)</b>	
Está solicitando beneficios funerarios por una víctima que ha fallecido? Sí _____ No _____ Si su respuesta es sí, complete la Sección E y agregue copias de los recibos.	
En caso de necesidad, hay solicitudes para terapia por intenso dolor para miembros de la familia que estén afectados. Comuníquese con nuestra oficina para más detalles.	
1. Nombre de la Funeraria:	4. Número Telefónico:
2. Nombre de la Calle:	
3. Ciudad, Estado, Zona Postal:	
5. Costo total del funeral \$ _____	
6. Han sido pagados ya estos gastos? Sí _____ No _____	
Si la respuesta es afirmativa, quién los ha pagado? _____	
Compensación de Trabajadores \$ _____	Otro (describa) \$ _____
El Seguro Social \$ _____	El Seguro \$ _____ Donaciones \$ _____

**Sección F -Pérdida de Apoyo Financiero (Máximo permitido \$400.00 por semana.)**

Ha perdido usted, o alguno de sus hijos dependientes, apoyo financiero debido a la muerte de la víctima? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí la respuesta es afirmativa llene la sección F.

Nombre del Dependiente	Fecha de Nacimiento	Número del Seguro Social	Parentesco con la Víctima

**Sección G – Información Médica (Toda información es confidencial de acuerdo con la ley K.S.A. 74-7308.)**

Brevemente describa las heridas ocurridas a la víctima:

---

---

---

---

Por favor haga una lista de todos los gastos médicos ocurridos a causa de este incidente, incluyendo gastos de hospital y doctor, de ambulancia, rayos X y prescripciones. Por favor adjunte una lista detallada de las cuentas, recibos y estado de cuenta de los seguros si los tiene disponibles.

Nombre del Proveedor	Dirección del Proveedor	Ciudad y Estado del Proveedor	Zona Postal	Número telefónico

**Sección H – Información sobre Terapia Sicológica**

Por favor adjunte lista detallada de las cuentas, recibos , estado de cuenta de los seguros si los tiene disponibles.

Nombre del Terapeuta y de la Organización	Dirección del Proveedor	Ciudad y Estado del Proveedor	Zona Postal	Persona Recibiendo la Terapia y su Relación con la Víctima

**Sección – I Pérdida de Salario**

Estaba la víctima trabajando cuando tuvo el incidente? Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Perdió la víctima días u horas de trabajo y dejó de ganar por daños y perjuicios del incidente? Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

*Si su respuesta para estas dos preguntas fue afirmativa , por favor complete la sección I.*

**Nombre del Empleador:**

<b>Calle:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Zona Postal:</b>
---------------	----------------	----------------	---------------------

**A causa del accidente, por cuánto tiempo estuvo la víctima incapacitada para trabajar?**

Desde\_\_\_\_\_ Hasta\_\_\_\_\_

(fecha) (fecha)

**Nombre al doctor que pueda verificar el tiempo de incapacidad para trabajar.**

**Nombre del Doctor:**

<b>Calle:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Zona Postal:</b>
---------------	----------------	----------------	---------------------

**Los solicitantes que han tenido pérdidas de salario deben adjuntar una copia de su última Declaración de Impuestos Federales. Una compensación a una tasa máxima de \$400.00 por semana puede serle reembolsada semanalmente por su pérdida de salario.**

**Sección J – Fuentes de Ingreso (Para completar sólo si está solicitando compensación por salarios perdidos.)**

**Indique a continuación todas las fuentes de ingreso durante el período de la pérdida de salarios.**

Descripción	Si la Respuesta es Afirmativa, Nombre a Quien Haya Pagado	Cantidad Recibida	Con que Frecuencia fue Recibida
<input type="checkbox"/> Compensación por Desempleo:			
<input type="checkbox"/> Ayuda Pública:			
<input type="checkbox"/> Seguro Social:			
<input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos:			
<input type="checkbox"/> Otros (descríbalos):			

**Sección K – Seguros/Fuentes Colaterales (Si tiene algún seguro disponible, primero debe solicitar ayuda de su seguro.)**

**Indique a continuación si algunas de estas fuentes están pagando o pagarán algunos de los gastos médicos o los gastos de funerales:**

Nombre/Clase	Si la respuesta es afirmativa dé el nombre y la dirección e incluya el número de su póliza y/o su número de identificación para hacer reclamos.
<input type="checkbox"/> De Vida/De Salud:	
<input type="checkbox"/> Medicaid:	
<input type="checkbox"/> Medicare:	
<input type="checkbox"/> Administración de Veteranos:	
<input type="checkbox"/> Fuerzas Armadas (CHAMPUS):	
<input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores:	
<input type="checkbox"/> Seguro Social:	

**Sección L - CERTIFICACION DE DIFICULTADES FINANCIERAS (Requerida por la ley K.S.A. 74-7305(d))**

Yo (la persona que hace el reclamo) afirmo que el nivel de salud, seguridad y educación para mi y para mis dependientes no podrá ser mantenido debido a dificultades económicas causadas por el incidente sobre el cual se ha hecho este reclamo.

**Sección M –ASIGNACION DE BENEFICIOS**

**(1)Gastos por cuidado médico** – Por medio de la presente asigno cualquier compensación recibida para pagar cuentas médicas a aquellos quienes han proveído los servicios. Esta asignación es con la condición de que tales personas acepten el pago directamente del Tesorero Estatal de Kansas quien pagará sólo 80% de los gastos permitidos como pago total de la cuenta. Yo autorizo al Tesorero Estatal de Kansas para que pague 80% de los cargos médicos permitidos a aquellos a quines se les deban.

**(2)Gastos por cuidados no médicos** – Por medio de la presente asigno cualquier compensación otorgada para cubrir gastos por cuidados no médicos a quien proveyó los servicios. Yo autorizo al Tesorero Estatal de Kansas para que pague los gastos permitidos que se deban, directamente al proveedor.

**Sección N – CERTIFICACION DEL RECLAMO**

Por medio de la presente certifico, bajo pena de multa o prisión, que todas las pérdidas reclamadas son resultado directo del crimen y que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta hasta donde yo sé.

**Sección O –PROMESA DE PAGAR**

Según la ley K.S.A. 74-7312, prometo pagar al Fondo de Compensación para Víctimas de Crímenes de Kansas, por medio de la Junta de Compensación de Víctimas de Crímenes si recibo pago por parte del ofensor (restitución o una acción civil), del seguro o de cualquier otra agencia privada o gubernamental como resultado de este incidente.

**Sección P – AUTORIZACION PARA PROVEER (DESCARGAR) INFORMACION CONFIDENCIAL**

Autorizo y pido que cualquier persona que tenga información necesaria del incidente que ha causado perjuicio personal o muerte a la víctima la descargue para el proceso de este reclamo a La Junta de Compensación para Víctimas de Crimen o a su representante. Esta descarga incluye todos los records pasados de la policía. Esta información puesta a disposición de la Junta incluye pero no está limitada sólo a médicos y hospitales privados y del gobierno; las autoridades locales, estatales y federales y a las oficinas de los fiscales; al personal de la corte local, estatal y federal, a cualquier empleador; y a cualquier compañía privada o agencia gubernamental que esté proveyendo o pueda proveer beneficios médicos o monetarios. Por medio de la presente estoy de acuerdo y declaro que ninguna persona será legalmente responsable del descargo de información según esta autorización. Una fotocopia de esta autorización es tan válida como su original. Toda información obtenida por la Junta será confidencial de acuerdo con la ley K.S.A. 74-7308 y sus enmiendas.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que hace el reclamo

\_\_\_\_\_  
Firma del representante de la persona que hace el reclamo  
(Si la persona tiene 12 años o más, debe firmar sobre la línea.)

Fecha \_\_\_\_\_

*Si no recibe respuesta después de 2 semanas de haber enviado esta solicitud, por favor llame al teléfono (785) 296-2359 para verificar si hemos recibido su solicitud.*

**OFICINA DEL ABOGADO GENERAL DE KANSAS**

## **LA JUNTA DE COMPENSACION PARA VICTIMAS DE CRIMEN SOLICITUD PARA VICTIMAS DE CRIMEN Y CONDICIONES PARA ELEGIBILIDAD**

Si usted ha sido una víctima inocente de un crimen violento y ha sufrido pérdidas financieras que no han sido cubiertas por su seguro ni por ninguna otra fuente, el fondo de La Junta de Compensación para Víctimas de Crimen podría ayudarlo(la). El Estado de Kansas está dedicado a ayudar a víctimas que califiquen de acuerdo con las condiciones para elegibilidad de la Ley de Compensación Para Víctimas de Crimen. No hay dinero que pueda borrar el trauma de un crimen, pero la meta de este programa es el ayudar a la víctima después del crimen si es posible.

---

### **Condiciones Para Ser Elegible:**

1. Debe ser llenada dentro del término de dos años después del incidente. En casos de asalto sexual de menores, se basa en la fecha en que el crimen fuera reportado a las autoridades. Es la responsabilidad del que reclama el establecer prueba de que el reclamo ha sido registrado a tiempo de acuerdo con la ley K.S.A. 74-7305(b).
2. Que la víctima haya sufrido heridas corporales (incluyendo desórdenes mentales o muerte) como resultado de las acciones criminales de otra persona.
3. Que el incidente haya ocurrido en Kansas, fuera de los Estrados Unidos a un residente de Kansas.
4. Que el incidente haya sido reportado a las autoridades antes de 72 horas de haber sucedido, o si las razones son válidas puede haber sido reportado más tarde.
5. Que la persona que hace el reclamo (y/o la víctima ) coopere en todo con los oficiales de policía durante la investigación y el juicio.
6. Que las pérdidas sean por un total de \$100.00 o más o que no hayan sido (o no vayan a ser) cubiertas por otras fuentes exceptuando casos de abuso sexual.
7. Que la víctima no haya sido un cómplice y que no haya cometido un crimen en conexión con este incidente (por ejemplo pertenecer a pandillas, negociar con drogas.) La víctima no debe haber provocado el ataque que le causó las heridas o la muerte.

### **LOS ESTATUTOS DE KANSAS AUTORIZAN A LA JUNTA PARA QUE REDUZCA O NIEGUE RECLAMOS SI LA VICTIMA HA CONTRIBUIDO CON LOS DELINCIENTES,**

### **Gastos Elegibles y no Elegibles:**

1. Gastos médicos que no sean cubiertos por otras fuentes son elegibles.
2. El costo razonable para reemplazar ropa o ropa de cama que se haya usado como evidencia es elegible.
3. Víctima o persona que haga el reclamo y que deba testificar en casos de asalto sexual violento puede ser elegible para compensación por gastos de terapia psicológica.
4. Pérdida de propiedad, daño a la propiedad, dolores y sufrimientos no son elegibles.

### **Protección Maxima**

1. Otorga un máximo total de \$25,000.00
2. Gasto funerario máximo de \$5,000.00
3. Hay disponible terapia para miembros de familia en caso de que tengan víctimas por homicidio. (Máximo otorgado \$1,00.00.) \*
4. Terapia mental fuera del hospital por un máximo de \$3,500.00.\*
5. Terapia mental para hospitalizados por un máximo de \$10,000.00\*
6. Pérdida de salario/pérdida de manutención por un máximo de \$400.00 por semana.

---

\*Puede ser otorgada una compensación adicional en caso de circunstancias justificadas.

---

### **COMO LLENAR SU SOLICITUD PARA COMPENSACION**

Lea todas las instrucciones para cada sección antes de completar esta solicitud. Por favor provea toda la información requerida. Las solicitudes que no estén completas y firmadas serán devueltas y por lo tanto la decisión sobre su reclamo será demorada. Por favor incluya copias de sus cuentas médicas y otros gastos. Una vez hayamos recibido y revisado su solicitud completa y todos los demás documentos requeridos , la Junta le enviará una notificación por escrito sobre la decisión. Usted tiene el derecho de apelar esta decisión si no está de acuerdo. El proceso completo de esta solicitud tarda aproximadamente 3 meses. Si al llenar esta solicitud usted tiene preguntas, por favor llame a nuestra oficina al teléfono (785) 296-2359.