



**State of Utah  
UTAH OFFICE FOR VICTIMS OF CRIME**

350 East 500 South Suite 200  
Salt Lake City Utah 84111  
(801) 238-2360 or Toll Free 1-800-621-7444  
Fax (801) 533-4127  
crimevictims@utah.gov

DO NOT WRITE IN THIS SPACE

File # \_\_\_\_\_

**SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE REPARACIONES PARA LAS VÍCTIMAS DE CRIMEN  
TODA LA INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA ES OPCIONAL\***

**Sección 1. INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA**

Nombre de la Víctima	Fecha de Nacimiento	Sexo*	Estado Marital*	¿Discapacidad?* (S/N)	Grupo Étnico*
(1) _____	_____	_____	_____	_____	_____
(2) _____	_____	_____	_____	_____	_____
(3) _____	_____	_____	_____	_____	_____
(4) _____	_____	_____	_____	_____	_____
Dirección: _____					
Ciudad: _____		Estado: _____		Condado: _____	Código Postal: _____
Teléfono: Casa: ( ) _____		Trabajo: ( ) _____		Correo Electrónico: _____	

**Sección 2. INFORMACIÓN DE SOLICITANTE (Rellene esta sección si la víctima es menor de edad, discapacitada o difunta)**

Nombre de Solicitante	Fecha de Nacimiento	Sexo*	Estado Marital*	¿Discapacidad?* (S/N)	Grupo Étnico
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Dirección: _____					
Ciudad: _____		Estado: _____		Condado: _____	Código Postal: _____
Teléfono: Casa: ( ) _____		Trabajo: ( ) _____		Correo Electrónico: _____	
Relación c/Víctima: Esposo (a) <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Hermano (a) <input type="checkbox"/> Hijo (a) <input type="checkbox"/> Otro _____					

**Sección 3. SEGURO (El no proveer esta información puede causar un retraso de procesamiento)**

La Víctima/Solicitante Tiene: Seguro Médico  Medicaid  Automovilístico  Seguro Social  Otro \_\_\_\_\_

Seguro Médico: Nombre \_\_\_\_\_ Seguro de Auto: Nombre \_\_\_\_\_

Número de póliza de seguros \_\_\_\_\_ Número de póliza de seguros \_\_\_\_\_

**Sección 4. INFORMACIÓN SOBRE EL CRIMEN**

Agencia de Policía: \_\_\_\_\_ No. de Caso: \_\_\_\_\_ Fecha del Crimen: \_\_\_\_\_

Dirección del Crimen: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Descripción del Crimen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Arma Usada en el Crimen: \_\_\_\_\_

**Sección 5. INFORMACIÓN SOBRE EL DEMANDADO (Persona que cometió el crimen)**

Nombre del Demandado	Fecha de Nacimiento del Demandado	Numero del Seguro Social del Demandado
_____	_____	_____
¿Se han presentado cargos en el Tribunal Distrital?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Se han presentado cargos en el Tribunal de Justicia?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Número del caso de la corte _____		Número del caso de la corte _____

**Sección 6. JUICIO CIVIL (Hay que notificar a UOVC dentro de 30 días si se inicia o se resuelve una demanda por sus daños)**

Se ha empleado un/a Abogado/a para presentar una demanda civil?: Sí  No

Nombre de Abogado/a: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Sección 7. REFERIDO/A POR**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agencia de Policía             | <input type="checkbox"/> Doctor                    | <input type="checkbox"/> Agencia sin fines lucrativos                  |
| <input type="checkbox"/> Defensor (Advocate) de Policía | <input type="checkbox"/> Hospital                  | <input type="checkbox"/> CJC (Centro de Justicia para menores de edad) |
| <input type="checkbox"/> Fiscalía                       | <input type="checkbox"/> Dentista                  | <input type="checkbox"/> Otro _____                                    |
| <input type="checkbox"/> Defensor (Advocate) del Fiscal | <input type="checkbox"/> Terapeuta de Salud Mental |  |

**Sección 8. BENEFICIOS (Marque todas las categorías que se aplican)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Médico   | <input type="checkbox"/> Gastos de reubicación   |
| <input type="checkbox"/> Cuidado Dental   | <input type="checkbox"/> Compensación por pérdida de servicios (Guardería, preparación alimenticia, limpieza de casa, etc) |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de sueldo por este crimen                                    | <input type="checkbox"/> Anteojos, aparatos de audición u otros aparatos médicos.  |
| <input type="checkbox"/> Consejería   | <input type="checkbox"/> Reemplazo de puertas o ventanas.  |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de sustento para dependientes (Casos de homicidio solamente) |  |
| <input type="checkbox"/> Gastos de funeral y enterramiento                                    |  |

**Sección 9.**

**I M P O R T A N T E - L E E R C U I D A D O S A M E N T E**

**Asignación de Reembolso**

Yo entiendo que conforme a Utah Code 63M-7-519 cualquier dinero que recibo de indemnizaciones impuestas por la corte; demanda civil o judicial; pago del seguro; u otra agencia gubernamental da derecho a la Utah Office for Victims of Crime a ser reembolsada por cualquier compensación que se me otorga, o que se otorga en mi nombre. Por la presente asigno todos los derechos de recuperación a la Utah Office for Victims of Crime, incluso el derecho de iniciar y hacer cumplir una reclamación por indemnizaciones en cualquier corte que tenga jurisdicción en el Estado de Utah, aunque yo no esté íntegramente resarcida/o. También acepto notificar por escrito a la Utah Office for Victims of Crime dentro de treinta (30) días después de iniciar cualquier procedimiento legal o negociaciones para recuperar mis pérdidas.

**Autorización del Aplicante/Víctima para Compartir Información**

Por la presente yo autorizo la divulgación de información a la Utah Office for Victims of Crime, incluso información o documentos que en caso contrario serían restringidos por ley o por norma administrativa, con el propósito de evaluar mi elegibilidad para recibir beneficios. Entiendo que esta información se puede proporcionar al orden público, fiscales y proveedores médicos/de salud mental de acuerdo con las provisiones del Government Records Access and Management Act (Ley de Acceso y Gestión de los Registros Gubernamentales)

**Declaración**

Por la presente declaro que la información contenida en esta declaración escrita es verídica y precisa a mi mejor saber, y entiendo que cualquier declaración falsa que yo hago a propósito puede hacerme objeto de acciones penales de acuerdo con Utah Code Ann. 76-8-504 y 63M-7-510(2).

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma de aplicante/víctima \_\_\_\_\_

**SOLICITUDES SOMETIDAS POR LOS MENORES DE DIECIOCHO AÑOS DE EDAD TIENEN QUE SER COMPLETADAS Y FIRMADAS POR SUS PADRES O GUARDIÁN LEGAL.**

Por Acomodaciones de Americanos con Discapacidades, con tres días de anticipación favor de ponerse en contacto con La Oficina de Utah para las Víctimas de Crímenes al (801) 238-2360