

COMISIÓN NUEVO MEXICANA DE INDEMNIZACIÓN PARA VÍCTIMAS DE CRÍMENES
(New Mexico Crime Victims Reparation Commission)



Usted puede calificar para ayuda financiera de la **Comisión Nuevo Mexicana de Indemnización Para Víctimas De Crímenes**, si usted contesta “SI” a las siguientes seis preguntas:

1. ¿Ha sido usted víctima de un crimen violento?
2. ¿Sucedió el crimen en Nuevo México?
3. ¿Se reportó el crimen a una agencia policial dentro de treinta días? (Excepto para los niños, víctimas de asalto sexual y víctimas de violencia doméstica)
4. ¿Ocurrió el crimen en los últimos dos años?
5. ¿Cooperó Ud. completamente con la agencia policial?
6. ¿Tiene gastos a causa del crimen?

Si usted contestó “SI” a todas las preguntas, por favor llene la aplicación anexa y envíela por correo a la dirección que aparece abajo. Si necesita ayuda para llenar la aplicación, por favor comuníquese con la Oficina del Fiscal de su distrito (District Attorney Office) o la Comisión Nuevo Mexicana de Indemnización Para Víctimas De Crímenes al (505) 841-9432. Usted tiene **dos años** a partir de la fecha del crimen para aplicar a la indemnización. (Hay algunas excepciones respecto al abandono o maltrato de menores, y asalto sexual.)

La cantidad máxima que se puede conceder a una sola aplicación es de \$20,000. Los tipos de gastos que cubrimos incluyen:

- Médicos
- Dentales
- Hospital
- Funerales (**Hasta \$6,000**)
- Consejería
- Anteojos (**Máximo de \$350**)
- Otros gastos médicos.

No hay compensación por pérdida o daño a la propiedad o al dolor y sufrimiento.

Los gastos contraídos como resultado del incidente primero deben de ser sometidos a todas las fuentes colaterales disponibles, por ejemplo como una compañía de seguro, el programa de indigencia, Medicaid y Medicare. Aquellos gastos no cubiertos por las fuentes colaterales serán considerados para pago.

Si usted contestó “NO” a cualquiera de las seis preguntas, por favor contacte la Oficina del Fiscal de su distrito (District Attorney Office) para remitirlo a servicios adicionales.

Comisión Nuevo Mexicana de Indemnización Para Víctimas De Crímenes
8100 Mountain Road N.E. Suite 106
Albuquerque, NM 87110
Teléfono: (505) 841-9432/ Fax: (505) 841-9737/ TTY:841-9498
Toll Free 1-800-306-6262
cvrc@state.nm.us

Comisión Nuevo Mexicana de Indemnización para Víctimas de Crímenes

NEW MEXICO CRIME VICTIMS REPARATION COMMISSION

Teléfono: (505) 841-9432 Fax: (505) 841-9437

NO USE LAPIZ

Page 1 of 3

SECCION I: Datos de la Víctima				Nombre de la Víctima:		Teléfono: ()	
Domicilio:			Ciudad:		Estado:	Código Postal:	Celular: ()
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento: / /	Edad cuando ocurrió el crimen:	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a			Seguro Social: / /	
Dependientes: (Nombre/Edad):				Dirección de Correo Electrónico:			

Está la Víctima: <input type="checkbox"/> Muerta (entregue acta de defunción) <input type="checkbox"/> Discapacitada (entregue poder legal) <input type="checkbox"/> O Menor de Edad Si contesto si a una o mas de estas preguntas llene la sección II	
--	--

SECCION II: Datos del demandante		Nombre del demandante:		Relación a la víctima:	
Fecha de Nacimiento: / /	Seguro Social: / /	Dirección de Correo Electrónico:			Celular: ()
Domicilio:		Ciudad:		Estado:	Código Postal: Teléfono: ()

SECCION III: Datos del contacto Alguien que no resida con Uds. O el demandante		Nombre del Contacto:			Relación con la víctima:	
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código Postal: Teléfono: ()	

SECTION IV: Información del crimen Incluye reportes de policía		Fecha del crimen: / /	Fecha cuando el crimen fue reportado: / /	Departamento de policía al cual reportó:		
Nombre del policía o detective:		Sitio del crimen (dirección):		Ciudad:		Condado:
Describa el crimen:		Heridas:		Nombre del sospechoso si lo sabe:		
				¿Está la víctima relacionada al sospechoso? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sí, ¿como? _____		

SECCION V: Pérdidas de Sueldo		Si trabaja por cuenta propia necesita presentar sus impuestos anuales del año pasado y los de este año.				
¿Perdió la víctima tiempo de trabajo debido a las lesiones causadas por el incidente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
¿Está la víctima solicitando por pérdidas de sueldo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
Lugar de trabajo durante el incidente:		Posición:		Teléfono:		
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código Postal:	
¿Perdió el demandante tiempo de trabajo debido a las lesiones causadas por el incidente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
¿Está el demandante solicitando por pérdidas de sueldo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
Lugar de trabajo durante el incidente:		Posición:		Teléfono:		
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código Postal:	

Comisión Nuevo Mexicana de Indemnización para Víctimas de Crímenes
NEW MEXICO CRIME VICTIMS REPARATION COMMISSION

SECCION VI: GASTOS FUNERARIOS					Casa Funeraria:							
Fecha de defunción: / /			Nombres en el contrato funerario:				Costo de entierro:					
Dirección de la casa funeraria:				Ciudad:			Estado		Código Postal:		Teléfono: ()	

SECCION VII: SEGURO (Aseguranza)					¿Tiene seguro? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
Portador de la póliza:			Seguro social del portador de la póliza: / /			Número de Póliza:		Teléfono del seguro: ()				
Compañía de seguro:			Dirección:			Ciudad:		Estado:		Código Postal:		

Si el incidente involucro un accidente de automóvil, por favor presentar la siguiente información.

Seguro de carro de la víctima:			Número de Póliza:			Teléfono del seguro:							
Dirección:				Ciudad:				Estado:		Código Postal:			

SECCION VIII: RECURSOS ADICIONALES					Por favor indique si algunos de los siguientes recursos pueden cubrir por sus gastos.					
1) MEDICARE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					2) SERVICIOS DE SALUD INDIGENAS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
3) SEGURO DE INCAPACIDAD: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					4) SEGURO SOCIAL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
5) MEDICAID: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					6) COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
7) FONDOS INDIGENTES: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					8) BENEFICIOS PARA VETERANOS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
9) RECURSOS DE EMERGENCIA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					10) SEGURO DE PROPIETARIO O INQUILINO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
11) ¿Recibió la víctima pagos, donaciones o llegó a un acuerdo con algún seguro debido al incidente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO										
Por favor escriba la fuente y cantidad: Fuente: _____ \$ _____										

SECCION IX: GASTOS DE SALUD MEDICA, DENTAL Y MENTAL					<i>Ud. debe presentar información de seguro a todos los proveedores.</i>					
					¿Ha presentado esta información? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
Nombre del proveedor/hospital					Dirección y numero telefónico del proveedor:					
Si es necesario, añada páginas adicionales. Por favor presente copias de facturas, recibos o cheques cancelados.										

SECCION X: INFORMACION DE DEMANDA CIVIL					Si recibe un arreglo, Ud. tiene que rembolsar la cantidad prestada a CVRC						
¿Ha contratado Ud. a un abogado para una demanda civil? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			Nombre del abogado:			Teléfono: ()					
Dirección:			Ciudad:			Estado:		Código Postal:			

SECCION XI: INFORMACION REQUERIDA POR EL GOBIERNO FEDERAL					País natal:					
Grupo étnico de la víctima: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático o Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo Americano										
¿En dónde ha establecido residencia Nativo Americana en los últimos seis meses?: <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Pueblo <input type="checkbox"/> Reservación <input type="checkbox"/> Ciudad										
Antes del incidente, ¿sufría la víctima de alguna incapacidad? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Describa:										

¿Quién la/o refirió a este programa?
 Agencia policial Departamento de Justicia Hospital Grupos de víctimas o testigos Abogados del distrito

Reconocimiento y Autorización

Esta autorización es parte de su solicitud y debe ser completada y firmada para procesar esta Esolicitud.

POR SU FIRMA USTED ACEPTA LOS SIGUIENTES TÉRMINOS

Autorización para la divulgación de información: Por la presente autorizo a cualquier institución financiera, agencia de servicios sociales, agencia gubernamental, hospital, médico, centro de salud mental, consejero, psicólogo, psiquiatra, empleador, asegurador o cualquier otra persona con información relacionada con mi situación financiera, de salud o laboral para divulgar información con respecto a esta solicitud de beneficios a los empleados de las Víctimas del Delito de Nuevo México Comisión de Reparaciones, según sea necesario para tramitar esta solicitud. Esta información incluye, pero no se limita, a los médicos criminales (relacionados con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) u otros servicios de salud conductual/ atención psiquiátrica, y tratamiento para el alcohol, abuso de drogas resultados de las pruebas), información financiera y de empleo.

Acuerdo de subrogación: De conformidad con NMSA 1978, Sección 31-22-12 del Crimen Ley de Reparación de Víctimas, acepto notificar a la Comisión antes de presentar una demanda contra otra parte como resultado de este crimen. Si recupero o preveo la recuperación, de cualquier dinero en cualquier momento, por sentencia, liquidación, restitución, fuente de garantía o cualquier otro ingreso como resultado del incidente que dio lugar a esta solicitud, acepto notificar a la Comisión. Yo reconozco que puedo ser responsable de la devolución a la Comisión por todos y cada uno de los cantidades que la Comisión me ha concedido. Por la presente autorizo al Nuevo México Corrections para enviar directamente a la Comisión cualquier restitución Departamento correccional de Nuevo México del infractor relacionado con el incidente por el que recibió reparaciones.

Autorización: Entiendo y acepto que si es falso, engañoso o intencionalmente incompleto información, mi solicitud de compensación puede ser denegada y sancionados penalmente, de conformidad con la NMSA 1978, Sección 31-22-20 del Crimen Ley de Reparación de Víctimas.

VICTIMA	
Nombre:	Fecha de nacimiento:
Firma:	Fecha:

CLAIMANT	
Nombre:	Fecha de nacimiento:
Firma:	Fecha: