

NM COMMISSION SOLICITUD PARA LA
INDEMNIZACION DE VICTIMAS
DE CRIMEN

6200 Uptown Blvd NE Suite 210
Albuquerque, NM 87110
Llamadas gratuitas 1-800-306-6262
Telefono: 505-841-9432 Fax: 505-841-9437
E-mail: cvrc@cvrc.nm.gov
Web: www.cvrc.nm.gov

NO USAR LAPIZ

SECCION 1 INFORMACION DE LA VICTIMA

Nombre:	Inicialdel Segundo:	Apellido:
Domicilio Para Correspondencia:		
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Dirreccion Del Email:		
Telefono Del Domicilio #:	Telefono Cellular #:	
Fecha De Nacimiento:	Edad en la fecha del incidente:	Numero de Seguro Social #:
Genero: ☐ Masculino ☐ Femenino	Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado	

Si La Victima:

☐ FALLECIO (Adjuntar Copia Del Acta De Defuncion) ☐ Esta INCAPACITADO (Adjuntar Carta Poder) ☐ MENOR DE EDAD
FAVOR DE COMPLETAR LA SECCION 2 (INFORMCION DEL DEMANDANTE)

SECCION 2 INFORMCION DEL DEMANDANTE

Nombre:	Inicialdel Segundo:	Apellido:
Relacion Con La Victima: ☐ Esposo (a) ☐ Padres ☐ Hermanos (as) ☐ Menores De Edad ☐ Abuelos (as) ☐ Amigos (as) ☐ Otras Personas _____		
Domicilio Para Correspondencia:		
Ciudad:	Estad:	Codigo Postal:
Dirreccion Del Email:		
Telefono Del Domicilio #:	Telefono Cellular #:	
Fecha De Nacimiento:	Numero de Seguro Social #:	

SECCION 3 CONTACTO ALTERNATIVO

FAVOR DE ANOTAR NOMBRE DE PERSONAS QUE NO RESIDAN EN EL MISMO HOGAR DE LA
VICTIMA/DEMANDANTE COMO CONTACTO ALTERNATIVO EN CASO DE QUE NO PUDIERAMOS
LOCALIZARLO A USTED

Nombre:	Inicialdel Segundo:	Apellido:
Relacion Con La Victima: ☐ Esposo (a) ☐ Padres ☐ Hermanos (as) ☐ Menores De Edad ☐ Abuelos (as) ☐ Amigos (as) ☐ Otras Personas _____		
Domicilio Para Correspondencia:		
Ciudad:	Estad:	Codigo Postal:
Telefono Del Domicilio #:	Telefono Cellular #:	

SECCION 4 INFORMACION DEL CRIMEN (De Tener En Su Poder El Reporte De Policia, Favor De Adjuntar)

Fecha Del Crimen:	Fecha En Que Se Reporto Del Crimen:	Numero De Caso #
Agencia Judicial O La Policia:	Nombre Del Dective:	
Direccion Del Crimen:		
Ciudad:	Condado:	
Breva Discripcion Del Crimen:		
Danos-Perjuicios:		
Desabilidades Pre-Existentes De La Victima? ☐ Si ☐ No Describa:		
Nombre Del Sospechoso:	Otra Sospechosa 2:	

SECCION 5 AGENCIAS COLATERALES

☐ Seguros Medicos: _____	☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ IHS ☐ Seguro Del Automovil
☐ Seguro Social ☐ Donativo: \$ _____	☐ Otras Agencias: _____
Contrato Abogado Para La Demanda Civil? ☐ Si ☐ No	
Nombre Del Abogado:	Numero De Telefono #:

SECCION 6 GASTOS POTENCIALMENTE ELEGIBLES (Mencionar Proveedores Y Marcar Los Gastos Que Sean Aplicables)

☐ Ambulancia	☐ Medicamentos	☐ Radiologia (rayos x)
☐ Lemtes/Aparatos Para La Sordera	☐ Transportacion	☐ Limpieza De La Escena Del Crimen
Proveedor Medico(s):		
Proveedor Dental(s):		
Proveedor De Consejeria(s):		
Funeraria:		
SALARIOS PERDIDOS: Falto La ☐ Victima ☐ Demandante A su trabajo debido al incidente? ☐ Si ☐ No		
Nombre Del Patron:		
Direccion Para Correspondencia:		
Telefono Del Lugar De Trabajo:	Persona a Contractar En El Trabajo:	

SECCION 7: FAVOR DE PROPORCIONAR LA INFORMACION PARA ESTADISTICAS

Pais De Nacimiento:	
Raza/Grupo Ethnico De La Victima:	
☐ Indio De America/Nativo De Alaska ☐ Asia ☐ Afro-Americano/Raza Negra ☐ Hispano/Latino	
☐ Nativo Hawaii/Otras islas Del Pacifico ☐ Anglo-Sajon/Raza Blancan ☐ Razas Multiples ☐ Declino Contestar	
Nativo Americano Con Residencia De 6 Meses: ☐ Area Rural ☐ Pueblo ☐ Reservacuion India ☐ Ciudad	
Persona Que Ayudo A Llenar La Solicitud?	
Nombre:	Organizacion:

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 reconocer 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: