

DCH-0560, CRIME VICTIM COMPENSATION APPLICATION SOLICITUD DE COMPENSACION PARA VICTIMAS DE DELITOS

Michigan Department of Health and Human Services

(Revised 8-23)

Complete la solicitud.

Para realizar consultas sobre Compensación para Víctimas de Delitos, llame al 517-241-7373.

SECCIÓN 1 – Información para Víctimas: Complete esta sección para la persona que fue herida.			
1. Nombre de la Víctima	2. F. de Nacimiento	3. N° del Seguro Social	
4. Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
5. Número Telefónico	6. Dirección de Correo Electrónico		
7. Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo			
8. Género <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro			
SECCIÓN 2 – Información del Demandante			
9. Nombre del Demandante	10. F. de Nacimiento	11. N° del Seguro Social	
12. Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
13. Número Telefónico	14. Dirección de Correo Electrónico		
15. Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo			
16. Género <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro			
17. Su relación con la víctima <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Suegro <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Sobrina <input type="checkbox"/> Sobrino <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Relación de Noviazgo <input type="checkbox"/> Miembro del Hogar <input type="checkbox"/> Otro			
18. ¿Dependía usted de la víctima fallecida como principal soporte financiero o manutención de los hijos? <input type="checkbox"/> Sí, suma mensual \$ <input type="checkbox"/> No			
19. Dependientes: Anote los nombres y fechas de nacimiento de todos los Dependientes Legales de la Víctima (complete esto sólo si está presentando una solicitud por pérdida de soporte)			
Nombre	F. de Nacimiento	Nombre	F. de Nacimiento

SECCIÓN 3 – Información Estadística: Completar esta sección es estrictamente voluntario.

20. Cuéntenos cómo conoció el Programa de Compensación para Víctimas de Delitos

<input type="checkbox"/> Fiscal	<input type="checkbox"/> Proveedor Médico	<input type="checkbox"/> Abogado
<input type="checkbox"/> Medios, Folleto, o Póster	<input type="checkbox"/> Policía/Sheriff	<input type="checkbox"/> Agencia de Servicios de Víctimas
<input type="checkbox"/> Amigo/Conocido	<input type="checkbox"/> Otro	

21. Raza/Origen Étnico

<input type="checkbox"/> Aborigen Americano	<input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Blanco No-Latino/Caucásico
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u Otra Isla del Pacífico
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	

22. Si es discapacitado, marque una opción

<input type="checkbox"/> ANTES del delito	<input type="checkbox"/> Como RESULTADO de este delito
---	--

SECCIÓN 4 – Información del Delito: Complete la sección y brinde copia del Reporte Policial si la posee.

23. Tipo de Delito (marque sólo una opción)

<input type="checkbox"/> Homicidio	<input type="checkbox"/> Asalto	<input type="checkbox"/> Manejar Alcoholizado (DWI/DUI)
<input type="checkbox"/> Delito Vehicular (otro)	<input type="checkbox"/> Robo	<input type="checkbox"/> Incendio Provocado
<input type="checkbox"/> Hurto	<input type="checkbox"/> Agresión Sexual	<input type="checkbox"/> Acecho
<input type="checkbox"/> Abuso/Negligencia Infantil	<input type="checkbox"/> Pornografía Infantil	<input type="checkbox"/> Acoso Sexual Infantil
<input type="checkbox"/> Tráfico de Humanos	<input type="checkbox"/> Terrorismo/Violencia Masiva	<input type="checkbox"/> Abuso a Mayores
<input type="checkbox"/> Secuestro	<input type="checkbox"/> Acoso Escolar (bullying)	<input type="checkbox"/> Crimen de Odio
<input type="checkbox"/> Delitos de Fraudes Financieros	<input type="checkbox"/> Otro	

24. ¿La persona que causó la lesión era el cónyuge de la víctima, ex cónyuge, en una relación de noviazgo con la víctima, una persona con quien la víctima tenía un hijo en común, o un residente o ex residente de la vivienda de la víctima? (esto no afecta su elegibilidad). Sí No

25. Fecha del Delito	26. Fecha en que se Reportó el Delito
----------------------	---------------------------------------

27. Agencia de Aplicación de la Ley donde se reportó el delito	28. Condado Donde Ocurrió el Delito
--	-------------------------------------

29. Ubicación del Delito	30. Número de Incidente
--------------------------	-------------------------

31. Describa brevemente el delito y las heridas ocurridas como resultado de este delito

32. Si el delito NO fue reportado a una fuerza policial, explique por qué (podrá haber exenciones)

33. Si NO se demanda dentro de los cinco años desde el delito, explique la demora (podrá haber exenciones)

SECCIÓN 5 – Información de Restitución y Recuperación: Brinde toda la información disponible.

34. Nombre del Delincuente(s), si lo sabe

35. ¿Fue el Delincuente(s) acusado en una Corte Criminal? Sí No

36. Nombre de la Corte y Número de Caso

37. ¿Le ordenó la Corte al Delincuente(s) pagar una restitución?

 Sí, suma \$ No38. ¿Ha presentado o tiene la intención de presentar una acción ante una Corte Civil? Sí No

39. ¿Contrató a un abogado para una Demanda Civil?

 Sí, Nombre No

40. ¿Alcanzó un acuerdo?

 Sí, suma \$ No**SECCIÓN 6 – Beneficios de Compensación**

41. Marque TODOS los Beneficios de compensación que está solicitando

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gastos Médicos | <input type="checkbox"/> Gastos Dentales | <input type="checkbox"/> Consejería Psicológica |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de Ganancias | <input type="checkbox"/> Reubicación (Temporaria) | <input type="checkbox"/> Reubicación (Permanente) |
| <input type="checkbox"/> Seguridad Residencial | <input type="checkbox"/> Transporte | <input type="checkbox"/> Duelo |
| <input type="checkbox"/> Equipo de Accesibilidad y Rehabilitación | <input type="checkbox"/> Servicios de Reemplazo | <input type="checkbox"/> Tratamiento Reparador No Médico |
| <input type="checkbox"/> Gastos Funerarios y de Entierro | <input type="checkbox"/> Costos de Reemplazo | <input type="checkbox"/> Pérdida de Apoyo |
| <input type="checkbox"/> Consejería por Pérdida | <input type="checkbox"/> Limpieza de Escena del Delito | |

42. ¿Sufrió o sufrirá usted una pérdida de por lo menos \$200? Sí No43. ¿Perdió por lo menos cinco días de ingresos? Sí No44. ¿Es su herida el resultado de un acoso sexual? (podrá haber exenciones) Sí No45. ¿Está retirado por causa de la edad o discapacidad? (podrá haber exenciones) Sí No**SECCIÓN 7 – Recursos Colaterales**

46. Marque TODOS sus recursos financieros (si los hay) para cubrir costos como resultado del delito.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Seguro Médico | <input type="checkbox"/> Seguro Dental/Vista | <input type="checkbox"/> Seguro Social por Discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Seguro por Discapacidad | <input type="checkbox"/> Seguro Social Suplementario |
| <input type="checkbox"/> Gastos Reducidos de Medicaid | <input type="checkbox"/> Administración para Veteranos | <input type="checkbox"/> Seguro Social por Fallecimiento |
| <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Seguro para Dueño/Inquilino | <input type="checkbox"/> Compensación para Trabajadores |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Médica Estatal | <input type="checkbox"/> Demanda Civil | <input type="checkbox"/> Seguro de Vehículo |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad a Corto/largo Plazo | <input type="checkbox"/> Ayuda de Emergencia del Estado | <input type="checkbox"/> Restitución |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Vida | | <input type="checkbox"/> Otro |

47. ¿Recibió cuidado caritativo, donaciones, acuerdos, etc. de cualquier otra fuente? Sí No

48. ¿Se requerirá tratamiento adicional?

 Sí, explique No

49. Nombre del asegurador médico/dental principal

SECCIÓN 8 – Pérdida de Ingresos o Luto

50. Nombre del Empleador

51. Cantidad de días ausente del trabajo debido al delito

52. ¿Está actualmente no puede trabajar debido al delito? Sí No

AUTORIZACIONES Y ACUERDOS

Advertencia: Hacer presentaciones falsas sobre hechos y circunstancias ante esta comisión, con la intención de defraudar o engañar, podrá ser un delito si la compensación es otorgada.

Usted NO necesita un abogado para presentar una demanda. Si usted es representado por un abogado en esta demanda, dicho abogado DEBERÁ presentar una Carta de Comparecencia con esta solicitud.

Su firma a continuación indica su comprensión y aceptación de lo siguiente:

Autorización para Divulgar Información

Autorizo a cualquier hospital, médico, consejero, u otro proveedor de tratamientos que haya asistido a _____ (nombre de la víctima); director funerario u otra persona que brindó servicios; cualquier empleador; cualquier policía u otra agencia gubernamental local, incluyendo servicios de ingresos Estatales y Federales; cualquier compañía de seguros; u otra organización que tenga conocimiento; a proveer a la Comisión de Servicios para Víctimas de Crímenes de Michigan (Michigan Crime Victim Services Commission), o a su representante, toda la información relacionada con el incidente que llevó a la lesión personal o fallecimiento de la víctima, y la demanda realizada por compensación, incluyendo tratamiento, empleo, seguro, e información de pagos de terceras partes.

Requisito de Reembolso

Entiendo que el pago del programa de compensación de víctimas es un programa de última instancia. Si recibo un pago de otra fuente para los mismos gastos, el Estado de Michigan estará autorizado a recibir un reembolso por la cantidad de cualquier compensación que me haya sido otorgada a través de la Comisión de Servicios para Víctimas (Crime Victim Services Commission). También entiendo que se le podrá pagar a mis proveedores de forma directa por sumas que yo adeude.

Declaración

Declaro, bajo pena de perjuicio, que la información de este formulario es verdadera, correcta y completa hasta donde es de mi conocimiento y creencia.

Firma del Demandante	Fecha de la Firma
----------------------	-------------------

Entregue la solicitud completa y firmada, y la documentación de apoyo por correo electrónico, fax o correo.

Guarde una copia de toda la documentación para sus registros.

Para solicitar asistencia: Víctimas, llamen al 877-251-7373 o todos los demás llamen al 517-241-7373.

The Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) does not discriminate against any individual or group on the basis of race, national origin, color, sex, disability, religion, age, height, weight, familial status, partisan considerations, or genetic information. Sex-based discrimination includes, but is not limited to, discrimination based on sexual orientation, gender identity, gender expression, sex characteristics, and pregnancy.

Further, MDHHS:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats); and
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact the Section 1557 Coordinator. The contact information is found below.

If you believe that MDHHS has not provided the above services, or discriminated in another way, you can file a grievance with the Section 1557 Coordinator. You can file a grievance by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Section 1557 Coordinator is available to help you.

MDHHS Section 1557 Coordinator
Compliance Office, Suite 411
PO Box 30037
Lansing, MI 48909

517-284-1018 (Main), (TTY number—if covered entity has one), 517-335-6146 (Fax),
MDHHS-Section-1557@michigan.gov (Email).

You can also file a civil rights complaint with the responsible federal agency.

<p>If your grievance or complaint is about your Medicaid application, benefits or services you can file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services at https://bit.ly/2pBS4YG, or by mail or phone at:</p> <p>U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)</p> <p>Complaint forms are available at https://bit.ly/2IKsHMS.</p>	<p>If your grievance or complaint is about your application for or current food assistance benefits, you can file a discrimination complaint with the U.S. Department of Agriculture (USDA) Program by:</p> <p>Completing a Complaint Form, (AD-3027) found online at: https://bit.ly/2g9zzpU or at any USDA office, or write a letter addressed to USDA at the address below. In your letter, provide all the information requested in the form.</p> <p>To request a copy of the complaint form, call 866-632-9992. Send your completed form or letter to USDA by mail: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410</p> <p>Fax: 202-690-7442; or Email: program.intake@usda.gov</p>
---	---

MDHHS is an equal opportunity provider.