Estado de Tennessee, Departamento de Tesorería
Programa de Compensación por Lesiones Criminales
División de Administración de Reclamos
9th Floor, Andrew Jackson Building
Nashville, Tennessee 37243-0243
Teléfono: (615) 741-2734 - Fax: (615) 532-4979

Sitio de Web: www.treasury.state.tn.us/injury/

Correo electrónico: Criminal.Injury@state.tn.us

FINALIDAD E INSTRUCCIONES DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN POR LESIONES CRIMINALES DE TENNESSEE

Finalidad

La finalidad del Programa de Compensación por Lesiones Criminales (*Criminal Injuries Compensation Program*) es asistir a las víctimas de crímenes o, en el caso de la muerte de la víctima, a sus familiares dependientes, con el pago de los gastos incurridos como resultado directo de lesiones personales a consecuencia de un delito en aquellos casos en que las víctimas o sus dependientes sobrevivientes no pueden obtener el reembolso de dichos gastos de ninguna otra manera.

Antes de buscar una compensación del Fondo, deberá buscar en las demás fuentes públicas y privadas (incluyendo, entre otros, seguros, Medicaid, Medicare, compensación laboral, etc.) el pago de los dineros a los que tiene derecho legal como resultado de las lesiones. En el caso de que las cantidades recibidas de estas otras fuentes no cubran todas las pérdidas y gastos a los que tenga derecho, entonces podrá solicitar compensación por lesiones criminales. Éste es un fondo de último recurso.

El Estado de Tennessee está comprometido a ayudar a las víctimas que cumplen con los requisitos para ser candidatos que se indican en el Reglamento de Compensación por Lesiones Criminales de Tennessee (*Tennessee Criminal Injuries Compensation Act*). No obstante que ninguna ayuda financiera, por grande que sea, puede borrar el trauma de un crimen, la meta de este programa es aliviar en las víctimas las secuelas del crimen, cuando sea posible.

Instrucciones generales

La solicitud la puede pedir a la División de Administración de Reclamos (*Division of Claims Administration*) en la dirección, teléfono, fax y dirección de correo electrónico que se indican arriba; también la puede descargar del sitio de Web del programa o solicitarle llamando a la oficina del Fiscal de Distrito o del Procurador de los Estados Unidos. La reclamación se debe presentar en un plazo de un año a partir de la fecha de la lesión, a menos que la víctima del crimen sea un menor (en cuyo caso el plazo es hasta los 19 años). Si la persona que busca compensación es menor de 18 años, su tutor legal es quien debe actuar como reclamante. Antes de llenar el formulario, lea las instrucciones.

- Escriba a máquina o con letra de molde usando **TINTA.** De ser necesario, utilice hojas adicionales.
- Responda **TODAS** las preguntas. Si la pregunta no aplica, escriba N/A.
- Adjunte copias del informe de los representantes de la ley para probar que el crimen sí ocurrió y que fue denunciado a las autoridades correspondientes.
- Adjunte copias detalladas de **TODOS** los recibos, cuentas, estados de cuenta de seguro o prestaciones, y demás documentación que respalde su reclamo.
- Se deben **LLENAR** las cuatro páginas de la solicitud, y **EL RECLAMO SE DEBE FIRMAR Y OTORGAR ANTE NOTARIO**, de lo contrario se retrasará su procesamiento.
- Una vez llenada, envíe la solicitud original **y** una copia a la División de Administración de Reclamos, a la dirección que se indica arriba. Su documentación y su copia se deben proveer en papel que no sea de tamaño mayor que el tamaño carta (8 ½” x 11”). El reclamo no se considera “presentado” sino hasta que lo recibe la división.
- **Mientras el reclamo esté pendiente, cualquier cambio de dirección del reclamante o de su abogado debe ser notificado de inmediato a la división.**

Si necesita ayuda para llenar el reclamo o para entender las instrucciones, por favor llámenos al (615) 741-2734. Si es necesaria mayor información para procesar el reclamo, se notificará por escrito al reclamante o a su abogado; además se le dará aviso por escrito acerca de la decisión sobre la validez del reclamo.

El Departamento de Tesorería de Tennessee opera sus programas y actividades sin discriminar con base en el sexo, raza o cualquier otra clasificación protegida por las leyes federales y estatales de Tennessee. Los individuos con discapacidades que necesiten recibir del Departamento de Tesorería esta o cualquier otra publicación en un formato alterno deben comunicarse con el coordinador de ADA de la Tesorería al 615-741-2956. Cualquier persona que crea que ha sido objeto de discriminación por parte de los programas del Departamento de Tesorería deberá escribir a: Treasury ADA coordinator, 1st Floor State Capitol, Nashville, Tennessee 37243.

Estado de Tennessee, Departamento de Tesorería
Programa de Compensación por Lesiones Criminales
División de Administración de Reclamos
9th Floor, Andrew Jackson Building
Nashville, Tennessee 37243-0243
Teléfono: (615) 741-2734
Fax: (615) 532-4979
Sitio de Web: www.treasury.state.tn.us/injury/
Correo electrónico: Criminal.Injury@state.tn.us

PARA USO DE LA OFICINA
RECLAMO # _____

SECCIÓN A – SOLICITUD DE COMPENSACIÓN

1. Indique en qué calidad está solicitando compensación.

- ☐ Víctima de un crimen.
- ☐ Tutor de un menor de 18 años, víctima de un crimen. De ser así, proporcione copia del certificado de nacimiento del niño o copia de los papeles de la tutela, si no es el padre o madre del menor.
- ☐ Tutor de la víctima de un crimen, quien está incapacitada. De ser así, provea copia de los documentos de tutela o custodia.
- ☐ Dependiente de la víctima fallecida de un crimen. Dependiente significa miembro de la familia que estaba recibiendo de la víctima un apoyo importante o servicios necesarios al momento de ocurrir su fallecimiento. De ser así, entregue pruebas de su relación, por ejemplo, acta de matrimonio o de nacimiento, etc.
- ☐ Tutor de un dependiente menor de 18 años. De ser así, proporcione copia del certificado de nacimiento del niño y de los papeles de la tutela.
- ☐ Tutor de un dependiente que está incapacitado. De ser así, entregue copia de los documentos de tutela o custodia.
- ☐ Persona que ha pagado, o que debe pagar, los gastos de limpieza de la escena del crimen o los gastos funerarios y de entierro.

2. Indique las prestaciones por las que está solicitando compensación y estime los gastos donde se indique. Adjunte cuentas detalladas para documentar todos los gastos que se estén reclamando, incluyendo documentación sobre pagos a una cuenta.

- ☐ Cuentas médicas $_____
- ☐ Cuentas de terapia para salud mental. Las cuentas deben estar a nombre de la víctima o, en el caso del fallecimiento de una víctima soltera y menor de 24 años, a nombre de algún miembro de la familia que haya proporcionado un apoyo importante o servicios necesarios para la víctima. $_____
- ☐ Sueldos perdidos $_____
- ☐ Discapacidad permanente. Proporcione la declaración de un doctor en la que se indique el porcentaje de discapacidad.
- ☐ Gastos funerarios y de entierro $_____
- ☐ Gastos de limpieza de la escena del crimen $_____
- ☐ Pérdida de apoyo sufrida por los dependientes (en el caso de la muerte de la víctima)
- ☐ Dolor y sufrimiento (SÓLO para víctimas de crímenes sexuales)
- ☐ Gastos de mudanza (para la víctima, de ser necesarios, si el crimen ocurrió en su lugar principal de residencia) $_____
- ☐ Gastos de viaje al tribunal (para asistir al juicio del acusado, a menos que la persona tenga derecho a honorarios para testigos) $_____

SECCIÓN B – INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA

Proporcione toda la información que se solicita acerca de la víctima. Notifique de inmediato al programa cualquier cambio de dirección.

1. Nombre de la víctima (Apellido)	(Nombre)	(Apellido de soltera)		(Segundo nombre)
2. Dirección	3. Ciudad	4. Condado	5. Estado	6. Código postal

7. Teléfono de casa ( )	8. Teléfono de trabajo ( )
9. Fecha de nacimiento ___/___/_____ (MM/DD/AAAA)	10. Edad al momento del crimen / 11. Núm. S.S. _____-___-_____

La siguiente información de la víctima se usa solamente para fines estadísticos y es necesaria para cumplir con las leyes federales.

A. ¿Discapacitado mental? ☐ No ☐ Sí | B. ¿Discapacitado físico? ☐ No ☐ Sí

C. Raza ☐ Blanca ☐ Negra ☐ Hispana ☐ Hispanoamericana ☐ Asiáticoamericana ☐ Indoamericana ☐ Otra _____

D. Religión ☐ Católica ☐ Judía ☐ Protestante (Bautista, Metodista, etc.) ☐ Islámica ☐ Otra ☐ Agnóstico/Ateo

E. ¿Quién lo remitió con nosotros? ☐ Agencia del cumplimiento de la ley ☐ Servicios sociales ☐ Fiscal/programa de testigos víctimas ☐ Hospital ☐ Medios (TV, radio, etc.) ☐ Carteles/folletos ☐ Otro (especifique) _____

F. Sexo ☐ Mujer ☐ Hombre | G. País de origen ☐ Estados Unidos ☐ Otro

Pase a la página 2

SECCIÓN C – INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

Si usted es la víctima, pase a la sección D. Llene esta sección si es la persona responsable de la víctima, si la víctima tiene menos de 18 años de edad, si ha fallecido, o si de cualquier manera está incapacitada para actuar por cuenta propia. Notifique de inmediato al programa cualquier cambio de dirección.

1. Nombre del reclamante (Apellido)	(Nombre)	(Segundo nombre)		2. Relación con la víctima
3. Dirección	4. Ciudad	5. Condado	6. Estado	7. Código postal
8. Teléfono de casa ( )		9. Teléfono de trabajo ( )		
10. Fecha de nacimiento __ __/__ __/__ __ __ __ (MM/DD/AAAA)		11. Núm. S.S. __ __ __ - __ __ - __ __ __ __		

12. Indique los nombres de los dependientes de la víctima fallecida por los que está presentando un reclamo de pérdida de apoyo.

Nombre	Dirección	Ciudad/estado/CP	Relación con la víctima	Fecha de nacim. (MM/DD/AAAA)

SECCIÓN D – INFORMACIÓN ACERCA DEL CRIMEN

Indique la fecha y el lugar exacto del crimen. Provea toda la información que se pide. Puede obtener dicha información de la agencia del cumplimiento de la ley correspondiente. Si no se notificó el crimen en un plazo de 48 horas, envíe por escrito una declaración en la que se explique por qué.

1. Tipo de crimen (marque uno)

☐ Asesinato u homicidio 0001 ☐ Ataque sexual a adulto 0002 ☐ Robo violento 0003
☐ Agresión 0004 ☐ Vehicular (No-DUI) 0006 ☐ Maltrato físico a menor 0007
☐ Maltrato sexual a menor 0008 ☐ Otro (especifique) 0009 _____
☐ Conductor ebrio 0010 ☐ Acoso 0011
☐ Terrorismo 0012 ☐ Secuestro 0013 ☐ Incendiarismo 0014

¿El crimen fue de violencia en el hogar? ☐ No ☐ Sí

2. Fecha del crimen __ __/__ __/__ __ __ __ __ (MM/DD/AAAA)

3. Fecha de denuncia del crimen ante las autoridades criminales __ __/__ __/__ __ __ __ (MM/DD/AAAA)

4. ¿La lesión o muerte de la víctima fue causada por un vehículo automotor? ☐ No Si no, pase a la pregunta #5. ☐ Sí Si sí, responda lo siguiente:

a. ¿El operador del vehículo que causó directamente la muerte o lesión estaba intoxicado con alcohol o drogas? ☐ No ☐ Sí Si sí, adjunte documentos que ratifiquen el nivel de alcohol en la sangre.

b. ¿El operador del vehículo que causó directamente la muerte o lesión ha sido acusado (sin haber sido condenado aún) de un delito grave relacionado directamente con dicha muerte o lesión? ☐ No ☐ Sí

c. ¿El operador del vehículo que causó directamente la muerte o lesión ha sido condenado por un delito grave relacionado directamente con dicha muerte o lesión? ☐ No ☐ Sí

d. Si el operador del vehículo que causó directamente la muerte o lesión ha fallecido, ¿existe evidencia clara y convincente que demuestre que dicho operador habría sido condenado por un delito grave relacionado directamente con esta muerte o lesión? ☐ No ☐ Sí Si sí, anexe una hoja con la descripción de la evidencia.

5. Breve descripción del crimen y las lesiones sufridas: **(Adjunte una copia del informe policial. Si la víctima ha fallecido, también adjunte copia del acta de defunción.)**

_____
_____
_____

6. Nombre y dirección del infractor o infractores

_____
_____

7. ¿La víctima conocía al infractor? ☐ No ☐ Sí Si sí, ¿de qué manera? _____

8. ¿La víctima vivía en la misma casa que el infractor al momento del crimen? ☐ No ☐ Sí **Si sí, responda la siguiente pregunta.**

a. ¿Aún vive la víctima con el infractor? ☐ No ☐ Sí

Pase a la página 3

9. Lugar del crimen: Calle	10. Ciudad	11. Condado	12. Estado

13. ¿Se ha efectuado un arresto? ☐ No ☐ Sí ☐ No sabe
    a. ¿Quién está llevando su caso? ☐ Fiscal del estado ☐ Fiscal federal

14. ¿Ha ordenado el tribunal al infractor que le pague indemnización (que le reembolse dinero)? ☐ No ☐ Sí ☐ No sabe
    Si sí, anexe copia de la orden de indemnización.

15. ¿Ha presentado o piensa presentar una demanda por sus lesiones? ☐ No ☐ Sí ☐ No sabe
    Si sí, y está siendo representado por un abogado en la demanda, por favor indique el nombre y teléfono de dicho abogado.

    _____

SECCIÓN E – INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS Y OTRAS FUENTES COLATERALES

Esta sección debe ser llenada. Marque sí o no en cada punto y, donde se solicite, indique el monto total de las prestaciones. Anexe la documentación que compruebe las prestaciones que se le han pagado, incluyendo, entre otras, una explicación de las prestaciones, liquidaciones y notificaciones de prestaciones.

Fuente			**Importe pagado o por pagar**
Seguro de automóvil	☐ No	☐ Sí	$_____
Seguro de sepultura	☐ No	☐ Sí	$_____
Seguro de vida	☐ No	☐ Sí	$_____
Indemnización del infractor/ordenada por el tribunal	☐ No	☐ Sí	$_____
Seguro social (prestaciones por muerte, discapacidad, etc.)	☐ No	☐ Sí	$_____
Donativos	☐ No	☐ Sí	$_____
Seguro médico	☐ No	☐ Sí	
Medicare/Medicaid/TennCare	☐ No	☐ Sí	
Discapacidad	☐ No	☐ Sí	
Pago por enfermedad	☐ No	☐ Sí	
Vacaciones/pago anual	☐ No	☐ Sí	
Administración de veteranos/seguro	☐ No	☐ Sí	
Compensación laboral	☐ No	☐ Sí	

Otros (por favor especifique) _____

SECCIÓN F – SALARIOS PERDIDOS O PÉRDIDA DE APOYO PARA DEPENDIENTES

Solamente complete esta sección si la víctima estaba empleada al momento de su lesión o muerte. Esta información es necesaria para comprobar salarios perdidos y apoyo financiero prestado a los dependientes.

1. Salarios perdidos
   a. ¿La víctima dejó de trabajar debido a las lesiones? ☐ No ☐ Sí
   Si sí, por favor pida al empleador que llene la declaración del empleador que se adjunta. Si la víctima faltó al trabajo más de dos semanas, por favor provea una declaración del médico.
   b. ¿La víctima es o era trabajador autónomo? ☐ No ☐ Sí
   Si sí, envíe la declaración de impuestos más reciente o estados de cuenta del empleador o clientes de la víctima, los cuales deben contener importes pagados y fecha de los mismos de un periodo de al menos 12 meses antes del crimen.

2. Pérdida de apoyo para dependientes
   a. ¿Al momento de su muerte, la víctima contribuía de manera financiera al apoyo de dependientes? ☐ No ☐ Sí
   Si sí, remita pruebas de la relación de los reclamantes con la víctima y presente documentación que pruebe que, al fallecer, la víctima daba apoyo substancial a los reclamantes (por ejemplo, declaraciones de impuestos, recibos, pagos ordenados por un juez). Además, anexe comprobación del ingreso de la víctima al momento de fallecer (por ejemplo, declaraciones del empleador, formulario W-2 o declaración de impuestos).
   b. ¿La víctima dejó a otros familiares dependientes que no están en la lista como solicitantes en esta reclamación? ☐ No ☐ Sí
   Si sí, indique a continuación sus nombres y direcciones.

Nombre	**Dirección**	**Ciudad/estado/CP**	**Relación con la víctima**	**Fecha de nacim.** (MM/DD/AAAA)

Pase a la página 4

SECCIÓN G – AUTORIZACIÓN Y SUBROGACIÓN

CORROBORACIÓN DE SOLICITUD: Mediante la presente, certifico, bajo pena de multa y prisión, que la información contenida en esta solicitud de compensación por lesiones criminales es verdadera y correcta, a mi saber.

SUBROGACIÓN: En consideración por el pago recibido del Fondo de Compensación por Lesiones Criminales, acepto pagar al fondo la cantidad total que yo (o mi hijo o pupilo) haya recibido del Fondo si sucede que yo (o mi hijo o pupilo) llegue a recuperar daños o compensación del infractor o de cualquier otra fuente pública o privada, como resultado de las lesiones o muerte que fueron la base de mi reclamación de compensación del Fondo. Para los fines de este Acuerdo, entiendo que compensación de "cualquier otra fuente pública o privada" abarca entre otros, recepción de pagos de seguro, Medicare, Medicaid, TennCare, compensación laboral, pago por discapacidad, etc. Además, acepto y entiendo que ninguna parte de la recuperación que se le deba al Fondo de Compensación por Lesiones Criminales puede ser disminuida debido a gastos de cobranza, ni por ninguna otra razón.

Si sucediera que yo (o mi hijo o pupilo) decido recuperar de cualquier fuente daños o compensación por las lesiones o muerte, acepto notificarlo a la brevedad al Fiscal General del distrito donde sucedió el crimen y al Programa de Compensación por Lesiones Criminales, enviando al Fiscal General y al Programa de Compensación copias de cualquier alegato, propuesta de satisfacción y cualquier otro documento relacionado con ello. Además, acepto cooperar plenamente con el Estado de Tennessee, si el Estado inicia acciones contra cualquier persona o entidad con el fin de recuperar la totalidad o cualquier parte de la compensación que yo (o mi hijo o pupilo) haya recibido del Fondo.

AUTORIZACIÓN PARA ENTREGAR INFORMACIÓN: Por medio de la presente autorizo a cualquier hospital, médico, director funerario, autoridad municipal, empleador o sindicato, compañía de seguros, oficina de servicios sociales, oficina del Seguro Social, o a cualquier otra persona, empresa, agencia u organización, para que provea al Fondo de Compensación por Lesiones Criminales de Tennessee, o a su representante, cualquier información solicitada, incluyendo información sobre impuestos y antecedentes policiales previos, necesarios para perfeccionar mi reclamo de compensación. Se considerará que una fotocopia de esta autorización tendrá la misma vigencia y validez que el original.

REGISTROS PÚBLICOS: Excepto lo dispuesto en el *Código Anotado de Tennessee*, sección 10-7-504(a)(15), la información contenida en esta solicitud y los documentos públicos que se remitan para apoyar su reclamo estarán sujetos a las Leyes de Registros Públicos del Estado de Tennessee, de conformidad con el *Código Anotado de Tennessee*, Título 10, Capítulo 7, Parte 5.

Certifico que he leído o entendido las declaraciones anteriores, y que estoy de acuerdo con ellas.

_____ _____

Firma de la víctima o reclamante Fecha

Sworn to and subscribed before me the undersigned Notary on this the _____ day of_____, 20____.
Jurado y suscrito ante me el notario abajo firmante en este día *de*

Notary Public: _____ My Commission expires:_____
Notario Publico: *Mi comisión expira:*

SECCIÓN H – INFORMACIÓN DEL ABOGADO

Para solicitar y recibir compensación, no es necesario que usted sea representado por un abogado. Si necesita asistencia para llenar esta solicitud, por favor llámenos al (615) 741-2734. Sin embargo, si siente que es necesario que sea un abogado el que llene esta solicitud, es también necesario que complete esta sección. Se debe proveer el nombre, dirección, teléfono y número de identificación fiscal del abogado, y él debe firmar la solicitud.

1. Nombre del abogado			
2. Dirección	3. Ciudad	4. Estado	5. Código postal
6. Teléfono	7. Núm. de identificación federal o núm. de Seguro Social		

Certificación del abogado

Por medio de la presente certifico que he sido contratado por, y que represento a, la víctima y/o al reclamante que está presentando esta solicitud. Además certifico que he leído la totalidad de esta solicitud con dicha persona y que dicha persona ha indicado que entiende todas las preguntas y disposiciones contenidas aquí.

_____

Firma del abogado

Estado de Tennessee, Departamento de Tesorería
Programa de Compensación por Lesiones Criminales
División de Administración de Reclamos
9th Floor, Andrew Jackson Building
Nashville, Tennessee 37243-0243

Telefono: (615) 741-2734 - Fax: (615) 532-4979
Sitio de Web: www.treasury.state.tn.us/injury/
Correo electrónico: Criminal.Injury@state.tn.us

PARA USO DE LA OFICINA
RECLAMO # _____

DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR

Parte I: Información sobre el empleado (para ser llenada por el empleado)

Nombre (Apellido)	(Nombre)	(Nombre de soltera)	(Segundo nombre)
Núm. S.S. __ __ __ - __ __ - __ __ __ __			

Parte II: Información sobre el empleador (para ser llenada por el empleador)

Nombre del empleador	Teléfono ( )		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Parte III: Información sobre el empleo (para ser llenada por el empleador)

Ocupación del empleado: _____

Fecha de contratación del empleado (mes, día y año): _____

Salario semanal promedio: $_____ Horas diarias trabajadas: _____ Días trabajados por semana:

¿Dejó de trabajar algún tiempo el empleado debido a que fue víctima de un crimen? ☐ No ☐ Sí

Si sí, ¿cuántos días dejó de trabajar el empleado? _____ ¿Cuál es la fecha en la que faltó por primera vez? _____

¿Ha regresado a trabajar? ☐ No ☐ Sí

Si sí, ¿en qué fecha regresó a trabajar (mes, día y año)? _____

¿El crimen fue relacionado con el trabajo? ☐ No ☐ Sí

Sí sí, ¿la víctima ha solicitado compensación laboral u otras prestaciones del empleador? ☐ No ☐ Sí

Indique a continuación si el empleado recibió o va a recibir pago de alguna de las siguientes fuentes como resultado de haber faltado al trabajo durante el periodo mencionado previamente.

Fuente	**No**	**Sí**	**Importe semanal**	**De (fecha) a (fecha)**
Ausencia por enfermedad/plan de grupo del empleador	☐	☐	$ _____	_____ a _____
Pago por discapacidad/plan sindical	☐	☐	$ _____	_____ a _____
Plan médico privado	☐	☐	$ _____	_____ a _____
Vacaciones	☐	☐	$ _____	_____ a _____
Compensación laboral	☐	☐	$ _____	_____ a _____
Otros (especifique)	☐	☐	$ _____	_____ a _____

Parte IV: Certificación por parte del empleador

Mediante la presente, certifico que la información anterior es verdadera y correcta, a mi saber.

_____ _____
Firma del empleador Fecha

_____
Nombre y título