For Office Use Only:

Claim No._____

Department of Labor and Industries
Crime Victims Compensation Program
PO Box 44520
Olympia WA 98504-4520

Email: CrimeVictimsProgramM@Lni.wa.gov
Fax: 360-902-5333

# Solicitud de víctimas de crimen para obtener beneficios: reclamos por homicidio

Visite nuestro sitio de Internet en
www.Lni.wa.gov/Spanish/ClaimsIns/CrimeVictims

## Información de la víctima de homicidio

| | | |
|---|---|---|
| Nombre de la víctima (Primer nombre, apellido) | Fecha del crimen | Fecha de defunción |
| Número de Seguro Social (Opcional) | Sexo de la víctima de homicidio<br>☐ Masculino ☐ Femenino | Fecha de nacimiento |

## Estado civil de la víctima de homicidio

☐ Casado/a ☐ Pareja doméstica ☐ Soltero/a ☐ Soltero/a ☐ Separado/a

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del cónyuge o pareja | | | Correo electrónico |
| Dirección postal del cónyuge o pareja | | | |
| Ciudad | Estado | Código postal | Número de teléfono |

## Hijos dependientes de la víctima de homicidio

Indique el nombre de los hijos de la víctima, incluyendo cualquier hijo que no haya nacido. Si hay múltiples hijos con diferentes tutores, proporcione la información para comunicarse con cada tutor. Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional.

| | Nombre | Fecha de nacimiento | Nombre del tuto |
|---|---|---|---|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |

| | | |
|---|---|---|
| Dirección del tutor legal de los hijos | | |
| Ciudad | Estado | Código postal |
| Número de teléfono del tutor legal de los hijos | Correo electrónico del tutor legal de los hijos | |

## Otra información

| |
|---|
| ¿Cuál era el país de nacimiento de la víctima de homicidio? |

¿Cuál era el origen étnico de la víctima de homicidio?

☐ Afroamericano ☐ Asiático ☐ Nativo de las islas del Pacífico
☐ Caucásico ☐ Hispánico ☐ Nativo americano

☐ Otro: _____

## Persona que solicita beneficios a nombre de la víctima de homicidio

| | | |
|---|---|---|
| Nombre de la persona que presenta la solicitud en nombre de la víctima fallecida | | |
| Idioma de preferencia (si no es inglés) | Relación con la víctima fallecida | |
| Dirección postal | | |
| Ciudad | Estado | Código postal |
| Número de teléfono | Dirección de correo electrónico | |

## ¿Cómo se enteró del Programa para Víctimas de Crimen? (Marque la casilla que se aplique)

☐ Policía/Agente judicial ☐ Oficina del Procurador ☐ Asesor para el Programa de Ayuda para Víctimas

☐ Servicios para testigos y víctimas ☐ Proveedor de cuidado de la salud ☐ Hospital

☐ Otro (nombre): _____

## ¿Qué beneficios está solicitando?

☐ Beneficios médicos ☐ Dental ☐ Salud mental ☐ Pérdida de salario ☐ Beneficios de entierro ☐ Terapia de aflicción

## Tratamiento médico relacionado con la lesión causada por el crimen

Tratamiento médico relacionado con la lesión causada por el crimen. Si la víctima de homicidio recibió tratamiento medico antes de la muerte debido a la lesión, por favor indique el proveedor(es) de cuidado de la salud. Si es necesario, adjunte hojas adicionales.

| Nombre del proveedor | Número de teléfono | Ciudad |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

## Información sobre el crimen

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha del incidente (mes/día/año) | Fecha de la denuncia (mes/día/año) | Hora ☐ AM ☐PM | Fecha de defunción (mes/día/año) |
| Dirección del lugar del crimen | | | |
| Ciudad | | Estado | Código postal |
| ¿El crimen se produjo en el trabajo? ☐ Sí ☐ No | | | |
| Nombre de la agencia de policía involucrada (marque la casilla que se aplica) | | | |
| ☐ Policía ☐ Patrulla del estado de Washington ☐ Oficina Federal de Investigaciones ☐ Sheriff ☐ Policía tribal | | | |
| Nombre del agente de policía | Número de teléfono | Número de denuncia | |

For Office Use Only:

Claim No._____

## Tipo de crimen

☐ Asesinato ☐ Homicidio con un vehículo

Breve descripción del crimen

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| Arma utilizada | Área del cuerpo lesionada | Área del cuerpo lesionada |

## Información del abogado

¿Tiene un abogado que representa los bienes de la víctima de homicidio? ☐ Sí ☐ No

| | | |
|---|---|---|
| Nombre del abogado | | |
| Correo electrónico | Número de teléfono | |
| Dirección | | |
| Ciudad | Estado | Código postal |

## Wage Information

Solamente el cónyuge, pareja doméstica o hijos menores pueden tener derecho a recibir beneficios de sustitución de salario. Para estos beneficios la víctima de homicidio tuvo que haber estado trabajando en la fecha del crimen.

Por favor complete esta sección solo si la víctima de homicidio estaba trabajando o trabajaba por cuenta propia en el momento del crimen y si el cónyuge, pareja doméstica o hijos menores están solicitando beneficios de pérdida de salario. En caso de ser necesario, podemos comunicarnos con su empleador. Si tiene preguntas sobre esto, por favor llámenos.

¿Estaba la víctima de homicidio trabajando en la fecha en que se cometió el crimen? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí y usted está solicitando beneficios de sustitución de salario, por favor proporcione la siguiente información sobre el empleador:

| | | |
|---|---|---|
| Nombre del empleador | Nombre de contacto | |
| Dirección del empleador | | |
| Ciudad | Estado | Código postal |
| Número de teléfono | Última fecha que trabajó | |
| Tarifa de salario<br>$ ☐ Hora ☐ Día ☐ Semana ☐ Mes | | |
| Horas trabajadas por día | Días trabajados por semana | |
| Ingresos adicionales<br>$ | Ingreso adicional de<br>☐ Trabajo por contrato (a destajo) ☐ Propinas<br>☐ Comisión ☐ Bonificaciones | |
| Nivel de ingreso anual (Seleccione uno)<br>☐ $0 – $20,000 ☐ $20,001 – $50,000 ☐ $50,001 – $75,000 ☐ $75,001 – $100,000 ☐ $100,000 or more | | |

For Office Use Only:

Claim No._____

## Información sobre el seguro

**Facilitar esta información garantizará el pago adecuado de los gastos médicos.**

El Programa de Compensación para Víctimas de Crimen (CVCP) es el último recurso de pago. Primero, los proveedores deben facturar a su seguro primario. Por favor indique toda la cobertura disponible, en la que se incluya: seguro de salud, seguro dental, seguro de visión; HCA/Medicaid, veterano, Seguro Social, DSHS/asistencia pública, compensación para trabajadores, Indian Health, seguro de automóvil (de la víctima y del criminal), seguro de motocicleta, seguro de vida, seguro de vivienda, seguro de arrendatario. CVCP solo puede pagar los beneficios después de que su seguro pague. Si es necesario, adjunte páginas adicionales.

¿Tenía seguro la víctima de homicidio? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, indique toda la cobertura disponible en la que se incluya: seguro de salud, HCA/Medicaid, veteranos, Seguro Social, DSHS/asistencia pública, compensación para trabajadores, Indian Health, seguro de automóvil (de la víctima y del criminal), seguro de vida, seguro de vivienda o seguro de arrendatario. Si es necesario, adjunte páginas adicionales.

| | |
|---|---|
| Nombre de la empresa aseguradora | Nombre del asegurado |
| Número de teléfono | Identificación del asegurado (Nº de grupo o Número de Seguro Social) |

| | |
|---|---|
| Nombre de la empresa aseguradora | Nombre del asegurado |
| Número de teléfono | Identificación del asegurado (Nº de grupo o Número de Seguro Social) |

## Gastos de funeral/entierro

**Para recibir el pago, envíe una declaración detallada dentro de los 12 meses posteriores al homicidio o a la devolución de los restos.**

| | | |
|---|---|---|
| Nombre de la funeraria | Número de teléfono | |
| Dirección de la funeraria | | |
| Ciudad | Estado | Código postal |

Notas:

For Office Use Only:

Claim No._____

## Autorización para divulgar información confidencial

Por la presente autorizo a cualquier hospital, médico, director de funeraria u otra persona que haya brindado servicios; a cualquier empleador de la víctima; a cualquier organismo encargado de la aplicación de la ley u otra agencia del gobierno, incluidos los servicios estatales y federales; a cualquier empresa aseguradora o cualquier otra agencia con el conocimiento necesario para determinar la elegibilidad de este reclamo de beneficios a suministrar al Programa de Compensación para Víctimas de Crimen o a sus representantes toda información, incluidos, entre otros, los documentos generados por ellos mismos y por terceros, relacionados específicamente con este reclamo. Es posible que se requiera información adicional para determinar si las afecciones están relacionadas con el crimen. Entiendo que esto puede incluir resultados de pruebas de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, y tratamiento por alcoholismo, drogas y psiquiátrico.

Entiendo que si recupero alguna de mis pérdidas mediante la indemnización impuesta por el tribunal o la demanda civil en contra del criminal, recibo el pago del seguro, o recibo dinero de cualquier otra agencia privada o del gobierno, debo reembolsarle al Programa de Compensación para Víctimas de Crimen del Estado de Washington toda compensación que se pague conforme a este reclamo.

Al firmar el presente, certifico bajo pena de perjurio en conformidad con las leyes del estado de Washington que lo que antecede es verdadero y correcto.

If victim is a minor, parent or legal guardian, please sign. If you are the legal guardian, please send the Crime Victims Compensation Program a copy of guardianship documentation.

| Nombre en letra imprenta | Firma | Fecha |
|---|---|---|

**Aviso para proveedores médicos:**

RCW 7.68.145: Release of information in performance of official duties.

Notwithstanding any other provision of law, all law enforcement, criminal justice, or other government agencies, or hospital; any physician or other practitioner of the healing arts, or any other organization or person having possession or control of any investigative or other information pertaining to any alleged criminal act or victim concerning which a claim for benefits has been filed under this chapter, shall, upon request, make available to and allow the reproduction of any such information by the section of the department administering this chapter or other public employees in their performance of their official duties under this chapter.

Your disclosure of this information is allowed under the Health Insurance Portability and Accounting Act (HIPAA). This disclosure is required by Washington State law. You may disclose health information under HIPAA without an authorization if that disclosure is required by law, 45 CRF § 164.512(a). Also, since your disclosure is required by law it is not subject to HIPAA's minimum necessary standard, 45 CRF § 164.502(b)(2)(v).

EMPEZAR DE NUEVO