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

SOLICITUD DE SOBREVIVIENTES PARA BENEFICIOS DE CONSEJERIA

Por favor regrese este formulario a:

Nota: Para su conveniencia este formulario se puede doblar para que la dirección del lado izquierdo aparezca en la ventanilla de un sobre.

CRIME VICTIMS COMPENSATION PROGRAM
DEPARTMENT OF LABOR AND INDUSTRIES
PO BOX 44520
OLYMPIA WA 98504-4520

doble

El Programa de Compensación para Víctimas del Crimen provee beneficios de consejería, después de haber utilizado los beneficios disponibles de seguro, para miembros sobevivientes de la familia de una víctima de homicidio. Miembros de familia incluyen a los padres, cónyuges, hijos, hermanos, abuelos y miembros del mismo hogar que hayan asumido los derechos y responsabilidades asociados con una familia. Cada miembro de familia que este solicitando estos beneficios debe completar el siguiente formulario. Pueden hacer duplicados de éste formulario en casos de multiple miembros de familia.

Si usted tiene disponible otro seguro, su proveedor debe cobrarle primero a ese seguro.

Si tiene preguntas sobre estos beneficios, favor de llamar a Compensación para Víctimas del Crimen al 1-800-762-3716.

Nombre de la víctima del homicidio	Número de reclamción de la víctima del crimen
Fecha del homicidio / /	
Nombre de la persona llenando la solicitud	Fecha de nacimiento / /
Dirección	
Ciudad Estado Código postal (ZIP)	Número telefónico ( )
Relación a la víctima fallecida	
¿Usted tiene seguro médico? ☐ Sí ☐ No	Si sí, el nombre de su compañía de seguros (aseguranza)
Nombre del terapeuta ó consejero	Número telefónico ( )
Dirección del terapeuta ó consejero	
Fecha / /	**Firma del solicitante** *

* Si la persona solicitando los servicios es menor de edad, uno de los padres, ó la persona con custodía legal puede firmar.