



ATTORNEY GENERAL OF TEXAS
GREG ABBOTT

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN A LAS VÍCTIMAS DEL CRIMEN EN TEXAS

• **Note: If you have a question about this application or if you would like to receive a copy in English, please call the Crime Victims Compensation Division at (512) 936-1200 or (800) 983-9933.**

• **Por favor, lea las instrucciones en esta página antes de llenar la solicitud.** Leer las instrucciones le ayudará a completar cada sección correctamente.

• **Incluya toda la documentación posible.** Si tiene una copia del reporte policial, la orden de protección con una declaración jurada, las facturas del hospital o del doctor, la tarjeta de seguro médico o la página de declaración de seguro automovilístico si el delito está relacionado con un auto, asegúrese de enviarlas con la solicitud.

• **Aunque no tenga estos documentos, no se espere para enviar la solicitud.** Envíela en cuanto la llene. Reúna toda la información adicional para que la tenga cuando nos comuniquemos con usted.

• **Quédese con esta primera página** para que tenga nuestra dirección y número telefónico. **Envíe la solicitud completa a:**

Office of the Attorney General
Crime Victims' Compensation (011)
P.O. Box 12198
Austin, TX 78711-2198

• **Si su dirección o número telefónico cambia, es importante que nos lo deje saber.** El número telefónico gratis para las víctimas, sus familiares y proveedores de servicios es (800) 983-9933. Las personas que llaman desde Austin deben llamar al (512) 936-1200. Por razones de seguridad, el programa de Compensación a las Víctimas del Crimen por lo general no se comunica con las víctimas por correo electrónico. En casos en los que no está en riesgo la seguridad, el programa puede usar el correo electrónico para informar a la víctima o al reclamante sobre el estado de la solicitud.

• **Si necesita ayuda para llenar la solicitud,** contacte al Enlace para las Víctimas del Crimen (Crime Victim Liaison) de su agencia local de la ley o al Coordinador de Asistencia a las Víctimas de la Oficina del Fiscal de Distrito (District Attorney's Victim Assistance Coordinator). El personal de Compensación a las Víctimas del Crimen también está disponible para ayudar por teléfono o usted puede ir a nuestra página Internet www.texasattorneygeneral.gov para más información sobre el programa.

INFORMACIÓN GENERAL

¿Qué es el Programa de Compensación a las Víctimas del Crimen?

• El programa puede dar ayuda financiera a víctimas de delitos violentos para gastos relacionados al crimen que no pueden rembolsar el seguro u otras fuentes.

• El programa es administrado por la Procuraduría General, y está comprometido a ayudar a las víctimas elegibles. Esta información es proporcionada como información general. El programa es gobernado por los requisitos de la Ley de Compensación a las Víctimas del Crimen (Código de Procedimiento Penal de Texas, Capítulo 56) y las normas establecidas en el Título 1 del Código Administrativo de Texas, Parte III, Capítulo 61.

• El dinero en el Fondo de Compensación proviene de cuotas que pagan las personas que han sido convictas de un crimen.

¿Cuáles son los requisitos básicos de elegibilidad para recibir beneficios de Compensación a las Víctimas del Crimen?

- La víctima debe vivir en Texas; vivir en Estados Unidos y haber sido víctima al encontrarse en Texas; o ser un residente de Texas que fue víctima en un estado o país que no cuenta con un fondo de compensación.
- La víctima debe reportar el crimen a las autoridades dentro de un plazo de tiempo razonable de forma que no interfiera con la investigación o el procesamiento del delito, a menos que exista una razón válida para no hacer el reporte en un tiempo razonable.
- La víctima debe cooperar con los oficiales de la ley en la investigación y el procesamiento del caso.
- Todas las demás fuentes disponibles (por ejemplo, Medicare, Medicaid, seguro médico personal, compensación laboral, recuperación de una demanda civil o acuerdo) tienen que cumplir con su obligación legal de pagar reclamos antes de que CVC pague beneficios de compensación relacionados con el delito.
- Se le debe notificar al Programa de Compensación cuando se presenta una demanda civil en relación al crimen o si se ordena indemnización.

¿Quién podría calificar para recibir beneficios del Programa de Compensación a las Víctimas del Crimen?

- La víctima de un crimen violento que sufre daño emocional o corporal como reclamantes directo del crimen.
- Los dependientes y familiares cercanos de la víctima que califican como reclamantes.
- La persona que legal o voluntariamente asume responsabilidad financiera por las facturas médicas o los gastos de entierro de la víctima.

¿Quién no califica para recibir beneficios del Programa de Compensación a las Víctimas del Crimen?

- El agresor, el cómplice o cualquier otra persona que se beneficiaría injustamente de la compensación a la víctima o al reclamante.
- Cualquier persona lesionada en un accidente automovilístico, salvo bajo las circunstancias que indica la ley.
- Se pueden negar o disminuir los beneficios si el comportamiento de la víctima o el reclamante contribuyó al crimen.
- Cualquier persona que estaba en la cárcel cuando ocurrió el crimen.
- Cualquier víctima o reclamante que entrega intencionalmente información falsa o falsificada al Programa de Compensación a las Víctimas del Crimen.

¿Cuáles gastos podrían estar cubiertos por los beneficios del Programa de Compensación a las Víctimas del Crimen?

- Gastos médicos y funerarios razonables y necesarios.
- Viaje por razones médicas, de la corte o de funeral, si están a más de 20 millas de distancia.
- Pérdida de ingresos debido a la muerte de la víctima (por funeral o dolor).
- Pérdida de ingresos por discapacidad relacionada al crimen y citas médicas o ante la corte.
- Pérdida de manutención para dependientes de víctimas, si la víctima tenía trabajo cuando ocurrió el crimen.
- Consejería para la víctima y sus familiares.
- Anteojos, audífonos, dentaduras o aparatos prostéticos, si resultaron dañados o son necesarios debido al crimen.
- Gastos de la limpieza de la escena del crimen.
- Reemplazo de propiedad confiscada como prueba.
- Nuevos gastos para el cuidado de un menor o adulto dependiente como resultado del crimen.
- Gastos de renta y mudanza que se pagan una sola vez a víctimas de violencia familiar o agresión sexual que ocurrió en su domicilio.
- Honorarios razonables de abogados por ayuda para presentar la solicitud del Programa de Compensación a las Víctimas del Crimen y obtener beneficios.

¿Cuáles gastos no cubren los beneficios del Programa de Compensación a las Víctimas del Crimen?

- Daños, reparación o pérdida de propiedad o vehículo.
- Daños por dolor, sufrimiento o angustia emocional.
- Cualquier gasto que no fue el resultado directo del crimen.

Pago y costo de los exámenes forenses de agresión sexual – Un examen forense de agresión sexual es un examen médico de la víctima de la supuesta agresión sexual para que se utilice en la investigación o el procesamiento del delito. Ya sea una agencia de la ley o el Departamento de Seguridad Pública de Texas (DPS) paga por el costo de los exámenes forenses de agresión sexual. CVC no paga el costo de exámenes forenses de agresión sexual pero reembolsa a las agencias de la ley y al DPS directamente por los gastos que incurren por los exámenes. Por lo tanto, una víctima de agresión sexual que recibe un examen forense de agresión sexual no tiene que presentar una Solicitud de Compensación a las Víctimas del Crimen para reembolso de los costos del examen forense.

• Si la víctima de agresión sexual reporta el presunto delito a una agencia de la ley, la agencia solicitará un examen forense de agresión sexual y pagará los costos del examen. Si la víctima reporta la agresión sexual a una agencia de la ley y necesita tratamiento médico por una lesión relacionada con el delito, la víctima puede llenar una solicitud de CVC para reembolso de gastos aparte del examen forense de agresión sexual.

• Si una víctima recibe un examen forense de agresión sexual y elige no reportar el presunto crimen a una agencia de la ley, el Departamento de Seguridad Pública de Texas paga todos los gastos del examen. CVC solo podría pagar otros gastos relacionados con el crimen si la víctima reporta el delito a una agencia de la ley.

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN A LAS VÍCTIMAS DEL CRIMEN

CVC Office use only – VC# _____ Application rec'd _____

Por favor, escriba claramente con tinta negra o a máquina. **POR FAVOR, LLENE TODAS LAS SECCIONES O SE PUEDE RETRASAR EL PROCESAMIENTO DE SU SOLICITUD.** No se divulgará información sobre este reclamo a una persona a menos que su nombre aparezca como uno de los reclamantes. Por favor, vea Información del reclamante #2.

¿Qué idioma prefiere la víctima o el reclamante? _____

1. INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA - La víctima es la persona que fue lesionada o falleció como resultado del delito. Si la víctima es menor de edad, es necesario llenar la sección de información del reclamante. Si hay más de una víctima, cada víctima debe llenar una solicitud.

¿Ha presentado antes la víctima una solicitud para beneficios del Programa de Compensación a las Víctimas del Crimen? Sí No ¿Fecha del crimen? _____

Apellido de la víctima: _____

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado/Código Postal: _____

Núm. telefónico Casa: (____) _____ Celular:(____) _____ Trabajo:(____) _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Tiene la víctima número de Seguro Social o de impuestos? Sí No Número: _____

Sexo(marque una) Masculino Femenino Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

¿Tiene la víctima seguro médico? Sí No

El nombre de la empresa es: _____

Número de Medicare, si es pertinente: _____

Número de Medicaid, si es pertinente: _____

¿Se ha presentado una solicitud para Medicaid o Medicare desde que ocurrió el crimen? Sí No

¿Tiene la víctima seguro dental? Sí No

El nombre de la empresa es: _____

Si la víctima murió, ¿tenía seguro para el entierro? Sí No

El nombre de la empresa es: _____

Tiene la víctima acceso a alguna de las siguientes fuentes de compensación. Marque todas las que apliquen.

Si no tiene ninguna, marque aquí . Compensación al trabajador Seguro automovilístico

Seguro de la casa Seguro de inquilino Seguro de discapacidad Asistencia de Seguro Social

Beneficios a los veteranos Cualquier otra forma de asistencia _____

Por favor, indique el tipo de asistencia que necesita la víctima como resultado del crimen. Marque todas las que apliquen.

Pérdida de ingresos Pérdida de manutención Consejería Funeral/Entierro Mudanza

Médico Dental Viajes relacionados con el delito Cuidado de un menor

Limpieza de la escena del delito Reemplazo de propiedad tomada como prueba

2. INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE - El reclamante es una persona, aparte de la víctima, que incurrió gastos como resultado directo del delito, un familiar cercano de la víctima que requiere consejería como resultado del crimen, o alguien que tiene la autoridad legal para actuar en nombre de la víctima. CVC no puede hablar de un reclamo con ninguna persona cuyo nombre no aparezca como reclamante. Si hay más de tres reclamantes, por favor, enumérelos en un papel separado e incluya toda la información requerida.

Apellido del **reclamante**: _____

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado/Código Postal: _____

Número telefónico Casa: (____) _____ Celular: (____) _____ Trabajo: (____) _____

Parentesco con la víctima: _____

Dirección de correo electrónico _____

¿Tiene el reclamante número de Seguro Social o de impuestos? Sí No Número: _____

Sexo(marque una) Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____

¿Tiene el reclamante seguro médico? Sí No

El nombre de la empresa es: _____

Número de Medicare, si es pertinente: _____

Número de Medicaid, si es pertinente: _____

Por favor, indique qué tipo de asistencia necesita el reclamante como resultado del crimen. Marque todas las que apliquen.

- Pérdida de ingresos Pérdida de manutención Consejería Funeral/Entierro Mudanza
- Viajes relacionados con el delito Cuidado de un menor Limpieza de la escena del delito
- Reemplazo de propiedad tomada como prueba

Apellido del **reclamante**: _____

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado/Código Postal: _____

Número telefónico Casa: (____) _____ Celular: (____) _____ Trabajo: (____) _____

Parentesco con la víctima: _____

Dirección de correo electrónico _____

¿Tiene el reclamante número de Seguro Social o de impuestos? Sí No Número: _____

Sexo(marque una) Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____

¿Tiene el reclamante seguro médico? Sí No

El nombre de la empresa es: _____

Número de Medicare, si es pertinente: _____

Número de Medicaid, si es pertinente: _____

Por favor, indique qué tipo de asistencia necesita el reclamante como resultado del crimen. Marque todas las que apliquen.

- Pérdida de ingresos Pérdida de manutención Consejería Funeral/Entierro Mudanza
- Viajes relacionados con el delito Cuidado de un menor Limpieza de la escena del delito
- Reemplazo de propiedad tomada como prueba

Pase a la siguiente página si desea incluir más información. Nota: Si hay más de 3 reclamantes, por favor, inclúyalos en una lista usando otra página.

Apellido del **reclamante**: _____
Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado/Código Postal: _____
Número telefónico Casa: (____) _____ Celular: (____) _____ Trabajo: (____) _____
Parentesco con la víctima: _____
Dirección de correo electrónico _____
¿Tiene el reclamante número de Seguro Social o de impuestos? Sí No Número: _____
Sexo(marque una) Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____
¿Tiene el reclamante seguro médico? Sí No
El nombre de la empresa es: _____
Número de Medicare, si es pertinente: _____
Número de Medicaid, si es pertinente: _____

Por favor, indique qué tipo de asistencia necesita el reclamante como resultado del crimen. Marque todas las que apliquen.

- Pérdida de ingresos Pérdida de manutención Consejería Funeral/Entierro Mudanza
 Viajes relacionados con el delito Cuidado de un menor Limpieza de la escena del delito
 Reemplazo de propiedad tomada como prueba

3. INFORMACIÓN DEL ABOGADO

Esta sección se refiere a la representación de un abogado que ayudó a la víctima o reclamante a presentar la solicitud de Compensación a las Víctimas del Crimen o a presentar una demanda civil contra el sospechoso o agresor por daños monetarios. Esto no incluye la representación de un abogado para custodia de niños, divorcio, proceso de inmigración o procesamiento penal (Oficina del Fiscal de Distrito o de Condado) del sospechoso. Un abogado:

¿Ayudó a la víctima o al reclamante a llenar una solicitud de Compensación a las Víctimas del Crimen?

Sí No (marque una)

¿Representó los intereses de la víctima o el reclamante en una acción legal civil contra el sospechoso o agresor o en un reclamo de seguro relacionado con este delito?

Sí No (marque una)

Nombre del abogado _____

Número telefónico del abogado (____) _____ Núm. de fax(____) _____

Dirección del abogado _____

Ciudad: _____ Estado/Código Postal: _____

Dirección de correo electrónico del abogado _____

4. INFORMACIÓN DE UNA DEMANDA U OTRO ACUERDO -

¿Es la víctima o reclamante parte de una demanda o seguro u otro tipo de acuerdo relacionado con este reclamo?

Sí No (marque una)

¿Ha recibido la víctima o reclamante seguro o fondos de un acuerdo con terceros relacionado con este delito?

Sí No (marque una)

¿Se declaró la víctima o el reclamante en bancarrota desde que se cometió el delito?

Sí No (marque una)

5. INFORMACIÓN DEL CRIMEN – Tiene que llenar esta sección o no se puede procesar su reclamo.

¿En qué fecha ocurrió el crimen? _____

¿Se reportó el delito a una agencia de la ley (por ejemplo, policía, sheriff, condestable)?

Sí No (marque una)

Si contestó "Sí", nombre de la agencia de la ley _____
¿Cuál es el número del reporte policial (police report), si lo sabe? _____
¿En dónde ocurrió el delito?
Dirección _____
Ciudad _____ Estado/ Código postal _____ Condado _____
¿Conocía la víctima al sospechoso? Sí No (marque una)
¿Cómo se llama el sospechoso? _____
¿Qué relación hay entre el sospechoso y la víctima, si la hay? _____
¿Cuál es el número de caso del fiscal (prosecutor case number), si lo sabe? _____
¿Cuál es el número de caso del Departamento de Servicios para la Familia y de Protección (DFPS), (si lo sabe - solo para casos relacionados con menores)? _____
Nombre del trabajador social de DFPS _____
Núm. telefónico (_____) _____ Núm. de fax (_____) _____

Por favor, marque el tipo de crimen que ocurrió. Marque todos los que mejor describan el delito.

- Agresión sexual contra un adulto Agresión sexual contra un menor Maltrato físico de un menor
 Agresión (por alguien que no es miembro de la familia) Robo Agresión agravada Violencia familiar
 Manejar en estado de ebriedad (DWI) / Delito usando un vehículo Maltrato o abuso de un adulto mayor
 Homicidio Acoso Secuestro Tráfico y trata de personas Otro (por favor, explique) _____

¿Ocurrió el delito en el lugar de empleo? Sí No (marque una)

Describa el delito y las lesiones. (Se requiere una explicación corta; si es necesario use páginas adicionales.)

¿Ha presentado cargos contra el sospechoso en este caso? Sí No (marque una)

Si contestó "Sí", fecha en que presentó los cargos _____

Si es un delito de violencia familiar, ¿han ocurrido incidentes antes? Sí No (marque una)

Si es un delito de violencia familiar, ¿ha obtenido una orden de protección permanente? Sí No (marque una)

6. INFORMACIÓN PARA EL DEPARTAMENTO DE JUSTICIA

La siguiente información voluntaria es para la víctima y se utiliza solo para propósitos de estadística para cumplir con reglamentos federales.

¿Estaba discapacitada la víctima antes del delito? Sí No (marque una)

La discapacidad era Física Mental (marque una)

¿Quedó la víctima discapacitada debido al crimen? Sí No (marque una)

¿A qué grupo étnico pertenece la víctima? Indio americano o nativo de Alaska Afroamericano Hispano

Blanco Asiático o de islas del Pacífico Otro _____

¿Cuál es el origen nacional de la víctima (en qué país nació)? _____

7. LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ES PARA LA VÍCTIMA Y LA USA EL PROGRAMA DE CVC PARA PROPÓSITOS DE ESTADÍSTICAS.

¿Cómo se enteró del Programa de Compensación a las Víctimas del Crimen? (marque todos los que apliquen)

- Anuncio de Servicio al Público Personal del Programa de Compensación Grupo de defensa
 Programa de asistencia a las víctimas Cartel Folleto Hospital Agencia de la ley
 Internet Otro _____

Si alguien le ayudó a llenar esta solicitud, por favor, dé el nombre y la información de contacto de la persona.

Nombre _____

Agencia/Organización _____

Dirección de correo electrónico _____ Teléfono (_____) _____

Ciudad _____ Estado/ Código postal _____

8. INFORMACIÓN DE EMPLEO DE LA VÍCTIMA –

¿Desea la víctima compensación por pérdida de ingresos? Sí No (marque una)

¿Trabajaba la víctima cuando ocurrió el crimen? Sí No (marque una)

Nombre del empleador de la víctima: _____

Dirección del empleador: _____

Ciudad _____ Estado/Código Postal _____

Teléfono (____) _____ Núm. de fax (____) _____

Correo electrónico _____

Ocupación _____

¿Trabajaba la víctima por su propia cuenta cuando ocurrió el delito? Sí No (marque una)

¿Necesitó la víctima tratamiento médico? Sí No (marque una)

9. INFORMACIÓN MÉDICA DE LA VÍCTIMA

Nombre del hospital/doctor/clínica que la atendió: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado/Código Postal _____

¿Necesitó la víctima tratamiento médico adicional después de salir del hospital/clínica o buscó otro tratamiento de otro doctor? Sí No

Nombre del doctor que dio atención de seguimiento a lesiones relacionadas con el delito: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado/Código Postal _____

10. INFORMACIÓN DE EMPLEO DEL RECLAMANTE – *Esta información es necesaria para cada reclamante que solicita pérdida de ingresos. Si más de un reclamante solicita pérdida de ingresos, por favor, incluya esta información en una página adicional.*

Nombre del reclamante _____

¿Desea el reclamante compensación por pérdida de ingresos? Sí No (marque una)

¿Trabajaba el reclamante cuando ocurrió el crimen? Sí No (marque una)

Nombre del empleador del reclamante: _____

Dirección del empleador: _____

Ciudad _____ Estado/Código Postal _____

Teléfono (____) _____ Núm. de fax (____) _____

Correo electrónico _____

Ocupación _____ Título laboral _____

¿Trabajaba el reclamante por cuenta propia cuando ocurrió el crimen? Sí No (marque una)

11. SEGURO Y FUENTES DE REEMBOLSO (solo para delitos relacionados con un automóvil)

Si el delito está relacionado con un vehículo (incluye a un peatón), incluya el nombre de la compañía de seguro automovilístico de la víctima y del sospechoso. Incluya la copia del documento que muestra qué cubre la póliza de seguro automovilístico (“Página de Declaración Automovilística”). No es suficiente con las tarjetas de identificación del automóvil.

Compañía de seguro automovilístico de la víctima: _____

Número de Póliza: _____

Nombre del ajustador del seguro: _____

Núm. telefónico de la aseguradora: (____) _____ Núm. de fax (____) _____

Compañía de seguro automovilístico del sospechoso: _____

Número de Póliza: _____

Nombre del ajustador del seguro: _____

Núm. telefónico de la aseguradora: (____) _____ Núm. de fax (____) _____

DECLARACIÓN JURADA IMPORTANTE

Esta declaración jurada es parte de su solicitud y *tiene que llenarla y firmarla* antes de que se pueda procesar su solicitud. SU FIRMA AL FINAL INDICA QUE ESTÁ DE ACUERDO CON LOS SIGUIENTES TÉRMINOS

Autorización para la divulgación de información. Por medio de la presente, autorizo a cualquier institución financiera, agencia de servicios sociales, agencia gubernamental, hospital, médico, entidad de atención mental, consejero, psicólogo, psiquiatra, empleador, asegurador, o cualquier persona con información sobre el estado financiero, médico y de empleo, a entregar información relacionada a esta solicitud de beneficios a los empleados del Programa de Compensación a las Víctimas del Crimen de la Procuraduría General, según sea necesario para el procesamiento de la solicitud. Esta información debe incluir, pero no está limitada a, información financiera, de empleo, diagnóstico y tratamiento. Una copia firmada de esta autorización se considera equivalente a la original.

Acuerdo de subrogación. Conforme al Código de Texas de Procedimiento Penal (Texas Code of Criminal Procedure), Artículo 56.51 y 56.52, me conformo a informar por escrito al Programa de Compensación a las Víctimas del Crimen de la Procuraduría General antes de entablar una demanda por este delito. Asimismo, me comprometo a no aceptar ningún acuerdo ni resolver dicha acción legal sin antes obtener la autorización escrita de CVC. Si me declaro en bancarrota o recuperé o anticipo recuperar alguna cantidad en cualquier momento a través de un dictamen, acuerdo legal, restitución, fuente de compensación o cualquier otro ingreso como resultado del incidente que originó este reclamo, acuerdo avisar o reembolsar a CVC por cualquier cantidad que me otorgó.

Reembolsos. Comprendo y estoy de acuerdo en que la Procuraduría General puede solicitar el reembolso de pagos hechos por equivocación como sobrepago, la presentación de información falsa o fraudulenta, enriquecimiento injusto, no proporcionar información solicitada, no cooperar con las agencias de la ley, o no cumplir con el requisito del Capítulo 56 del Código de Procedimiento Penal de Texas.

Afirmación y autorización. Juro y afirmo bajo pena de perjurio según las leyes del Estado de Texas (Código Penal §37.02), que la información proporcionada en la solicitud del Programa de Compensación a las Víctimas del Crimen y cualquier información adicional que yo proporcione es verdadera y correcta. Comprendo que el Procurador General de Texas, o cualquier agente o representante de su oficina, tiene derecho de verdadera la información proporcionada.

Entiendo que si se presenta intencionalmente información falsa, engañosa o incompleta, se negará mi solicitud de beneficios y yo podría enfrentar castigo penal según el Código Penal de Texas y sanciones administrativas según lo dispuesto por el Capítulo 56 del Código de Procedimiento Penal.

VÍCTIMA

Nombre en letra de molde:	Fecha:
Firma:	

(Uno de los padres o el representante legal tiene que firmar si la víctima es menor de edad o un adulto discapacitado.)

RECLAMANTE

Nombre en letra de molde:	Fecha:
Firma:	

(Uno de los padres o el representante legal tiene que firmar si la víctima es menor de edad o un adulto discapacitado.)