



Application for Crime Victim Compensation

Solicitud de compensación para víctimas de crímenes

Date Received

for program use

Complete sections 1-12 to the best of your ability / Complete por favor las secciones 1-12 a su mejor leal saber y entender:

Section 1 Personal Information / Información personal

Crime Victim Information / Información sobre la víctima:

(Person who was injured / Persona que sufrió lesiones)

First Name / Primer nombre:		Middle / Inicial:		Last / Apellido:	
Mailing Address / Domicilio:			Apt / Unidad:	City / Ciudad:	State / Estado: Zip / Código:
Home Telephone / Teléfono del la casa:			Work Telephone / Teléfono del trabajo:	Cell / Celular:	
Date of Birth / Fecha de nacimiento: Month / Mes Day / Día Year / Año			Social Security / Seguro Social:		E-Mail / Correo electrónico:
Gender / Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Arizona Resident / Residente de Arizona <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No		If victim is deceased, date of death / Si la víctima falleció, fecha del deceso: Day / Día Month / Mes Year / Año		
If the victim has been convicted of a state crime, is the victim delinquent in paying a fine, monetary penalty, or restitution imposed for the crime? / Si la víctima ha sido condenada por un delito estatal, ¿es la víctima morose del pago de una multa, una sanción monetaria o pago por restitución impuesta por el crimen?					<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No

Claimant Information / Información del reclamante:

(Fill in this section if you are not the victim, but have suffered an economic loss as a result of the crime / Llene esta sección si usted no es la víctima pero ha sufrido una pérdida económica como consecuencia del crimen)

First Name / Primer nombre:		Middle / Inicial:		Last / Apellido:	
Mailing Address / Domicilio:			Apt / Unidad:	City / Ciudad:	State / Estado: Zip / Código:
Home Telephone / Teléfono del la casa:			Work Telephone / Teléfono del trabajo:	Cell / Celular:	
Date of Birth / Fecha de nacimiento: Month / Mes Day / Día Year / Año			Social Security / Seguro Social:		E-Mail / Correo electrónico:
Gender / Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Your relationship to victim / Su relación con la víctima:				
If the claimant has been convicted of a state crime, is the claimant delinquent in paying a fine, monetary penalty, or restitution imposed for the crime? / Si el reclamante ha sido condenado por un delito estatal, ¿es el solicitante moroso del pago de una multa, una sanción monetaria o pago por restitución impuesta por el crimen?					<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No

Secondary Victim Information / Información de la víctima secundaria:

(Include the information on any derivative victims of the crime. This may include surviving children, dependants, or witnesses / Incluya la información de cualquier víctima derivativa. Esto puede incluir Llene esta sección si la víctima es un menor, incapacitado, o difunto)

Name / Nombre:	Social Security / Seguro Social:	Date of Birth / Fecha de nacimiento:	Relationship to victim / Relación con la víctima:

Section 2 Crime Information / Información sobre el crimen

Date of crime / Fecha del crimen:	Date crime was reported / Fecha en que el crimen se reportó:	Crime Report No / Número del informe del crimen:
Location of crime / Lugar del crimen: City / Ciudad County / Año		Type of crime / Tipo de crimen:
Law enforcement agency the crime was reported to / Nombre de la oficina o agencia policial a la cual se reportó el crimen:		Is this a federal crime / ¿Es este un crimen federal? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No
Name of Officer or Detective / Nombre del oficial o detective:		Is crime related to domestic violence / ¿El crimen está relacionado con violencia doméstica? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No
Describe Injuries / Describa las lesiones:		

Person(s) who committed the crime (suspect), if known / Persona(s) que cometió (cometieron) el crimen (sospechoso), si se conoce(n):

First Name / Primer Nombre:	Middle / Inicial:	Last / Apellido:
-----------------------------	-------------------	------------------

Section 3 Information About Your Expenses / Información Sobre Sus Pérdidas

Check the crime related expenses/losses for which you are seeking compensation from the Crime Victim Compensation Program. / Marque los gastos/pérdidas por los cuales está buscando compensación por parte del Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes.

<input type="checkbox"/>	Medical or dental expenses Gastos médicos o dentales	<input type="checkbox"/>	Lost income, if you missed work because of the crime Pérdida de ingresos, si faltó al trabajo debido al crimen
<input type="checkbox"/>	Mental health treatment or counseling Asesoramiento o tratamiento para la salud mental	<input type="checkbox"/>	Loss of support, for dependents of a deceased or disabled victim Ayuda para dependientes de una víctima fallecida o incapacitada
<input type="checkbox"/>	Funeral and/or burial expenses Gastos de funeral y/o entierro	<input type="checkbox"/>	Crime scene clean-up (residential homicide only) Limpieza del lugar del crimen (solo para homicidios residenciales)
<input type="checkbox"/>	If you do not yet have any crime related expenses and don't expect any, please complete the application, check the box below, and mail it in; if you are found to be eligible, any future expenses can be submitted to the board for consideration. Si usted todavía no tiene gastos relacionados con el crimen y no espera ningún gasto, por favor llene la solicitud, marque la caja de abajo, y mándela; si se considera que usted es elegible, cualquier gasto futuro puede presentarse al consejo para que sea considerado.	<input type="checkbox"/>	If you have expenses now or expect to have expenses in the near future, check the box below and include copies of all bills or invoices with this application. / Si usted tiene gastos ahora o espera contraer gastos en el futuro, marque la caja de abajo e incluya copias de todos los recibos o facturas con esta solicitud.
<input type="checkbox"/>	I do not have expenses at this time. Yo no tengo gastos en este momento.	<input type="checkbox"/>	I have or will have expenses soon. Tengo gastos, o los tendré pronto.

Check this box if you are requesting reimbursement for travel expenses to and from medical and/or mental health treatment. If this box is checked, please attach a detailed log of travel expenses including travel dates, mileage and any fares or fees paid. *Gas, food, or lodging expenses may not be included.*
 Marque esta caja si usted está solicitando reembolso de gastos de viaje por tratamiento médico o mental. Si se marca esta caja, por favor adjunte un registro detallado de los gastos de viaje, millaje y cualquier otra cuota o tarifa o pagadas. *Los gastos de gasolina, comida o alojamiento no se pueden incluir.*

If you have expenses now, list hospitals, counselors, funeral homes, or other bills.

Si usted tiene gastos ahora, liste los hospitales, consejeros, funerarias u otras cuentas.

(Please attach copies of any crime related bills / Por favor adjunte copias de cuentas relacionadas con el crimen)

Name / Nombre:		Telephone / Teléfono:	
Mailing Address / Domicilio:	City / Ciudad:	State / Estado:	Zip / Código:
Name / Nombre:		Telephone / Teléfono:	
Mailing Address / Domicilio:	City / Ciudad:	State / Estado:	Zip / Código:
Name / Nombre:		Telephone / Teléfono:	
Mailing Address / Domicilio:	City / Ciudad:	State / Estado:	Zip / Código:

Section 4 Victim's Employer Information / Información del empleador de la víctima

Employer's Business Name / Nombre de la empresa del empleador:

Contact Person / Persona contacto:

Name / Nombre:	Telephone / Teléfono:	Fax / Fax:
Mailing Address / Domicilio:	City / Ciudad:	State / Estado: Zip / Código:
Is or was the victim self-employed? / ¿La víctima es/era trabajador(a) independiente?		<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No
Did the victim miss work as a result of crime-related injuries? ¿La víctima perdió horas de trabajo debido a lesiones relacionadas con el crimen?		<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No
Did the crime occur while the victim was on the job or at the workplace? ¿Ocurrió el crimen durante del trabajo o en el lugar de trabajo?		<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No

WORK LOSS REQUIREMENT / REQUISITO PARA PÉRDIDA DE HORAS DE TRABAJO:

A signed statement on business letterhead from the employer is required to verify work loss information. Written verification must also be provided by a doctor or mental health therapist stating the victim was unable to work as a result of crime related injuries.

Se requiere una declaración firmada en papel membrete por del empleador para verificar la información sobre pérdida de horas de trabajo. También deberá entregarse una verificación por escrito por parte de un doctor o terapeuta mental.

Section 5 Civil Suit Information / Información sobre una demanda civil

Have you filed a civil suit related to this crime? / ¿Ha entablado una demanda civil en relación con este crimen? Yes / Sí No Undecided / No me he decidido

Attorney's Name / Nombre del abogado:		Telephone / Teléfono:	
Mailing Address / Domicilio:	City / Ciudad:	State / Estado:	Zip / Código:

Section 6 Insurance Information / Información para Reembolso (Recuperación)

Please check all available sources that could be applied to your claim. List insurance contact information below or on an additional sheet. / Por favor marque todas las fuentes disponibles que podrían aplicarse a su reclamo. Haga una lista de la información de contacto para los seguros o una hoja adicional. Si marcó alguna caja, indique la información en las líneas siguientes. Si necesita más lugar, puede adjuntar otra hoja.

<input type="checkbox"/> Health / Salud	<input type="checkbox"/> AHCCCS	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Workers' Compensation / Compensación laboral	<input type="checkbox"/> Homeowners/Renters / Dueño de casa/alquilador	<input type="checkbox"/> Auto / Ninguno	<input type="checkbox"/> Donations / Donaciones
<input type="checkbox"/> Life / Vida	Sick Leave / Vacation / Permiso por enfermedad / Vacaciones		<input type="checkbox"/> Veteran's Benefits / Beneficios para veteranos	<input type="checkbox"/> Indian Health Services / Servicios de salud para indígenas	<input type="checkbox"/> None / Ninguno	<input type="checkbox"/> Other / Otro:

Insurance Company Name / Nombre de la compañía de seguro:

Mailing Address / Domicilio:	City / Ciudad:	State / Estado:	Zip / Código:
Policy Number / Número de póliza:	Telephone / Teléfono:		
Name of Insured / Nombre del(la) asegurado(a):	Social Security of Insured / Seguro social del(la) asegurado(a):		
Have you filed an insurance claim with this provider related to this crime? / ¿Ha entablado una acción de seguro relacionado a este crimen?	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Undecided / No me he decidido		

Insurance Company Name / Nombre de compañía de seguro:

Mailing Address / Domicilio:	City / Ciudad:	State / Estado:	Zip / Código:
Policy Number / Número de Póliza:	Telephone / Teléfono:		
Name of Insured / Nombre del(la) asegurado(a):	Social Security of Insured / Seguro social del(la) asegurado(a):		
Have you filed an insurance claim with this provider related to this crime? / ¿Ha entablado una acción de seguro relacionado a este crimen?	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Undecided / No me he decidido		

Section 7 How did you find out about this program? / ¿Cómo se enteró del Programa?

<input type="checkbox"/> Victim Assistance Program / Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes	<input type="checkbox"/> Medical Service Provider / Proveedor de servicios médicos
<input type="checkbox"/> Law Enforcement Agency / Agencia de policía	<input type="checkbox"/> Social Service Agency / Agencia de servicios sociales
<input type="checkbox"/> Prosecutor / Fiscal	<input type="checkbox"/> Self Referral / Decisión propia
<input type="checkbox"/> Brochures, Posters, etc. / Folletos, afiches, etc.	<input type="checkbox"/> Other / Otro: _____

Section 8 Federal Reporting Information / Información de Reportaje Federal

The following **voluntary** information is used for statistical purposes only to comply with federal regulations: / La siguiente información **voluntaria** se usa sólo para estadísticas y cumplir con las normas federales:

Is the victim disabled? / ¿La víctima está incapacitada? Yes / Sí No

Was the victim disabled prior to the date of the crime? / ¿La víctima estaba incapacitada antes de la fecha del crimen? Yes / Sí No

Ethnicity of victim : / Etnicidad de la víctima :

<input type="checkbox"/> Caucasian / Caucásica	<input type="checkbox"/> Native American / Indígena de los Estados Unidos	<input type="checkbox"/> Hispanic / Hispano
<input type="checkbox"/> African American / Afroamericana	<input type="checkbox"/> Asian, Pacific Islander / Islas de Pacífico, Asia	<input type="checkbox"/> Other / Otro:

Please sign and date sections 9-12 on pages 4 and 5 mail to / Favor poner la fecha, firmar las secciones 9-12 en las páginas 4 y 5 envíe:

county program information here

For more information or to find your county program, call / Para más información, llame a:

Arizona Criminal Justice Commission
1-877-668-2252
www.azcjc.gov

Section 9 Certification of Eligibility / Certificación de elegibilidad

I hereby certify, subject to the penalty of fine or imprisonment, that the information contained in this application for a crime victim compensation award is true and correct to the best of my knowledge.

I certify that all of the information provided on this form by me and/or others is true and accurate to the best of my knowledge and belief. If it is discovered that I knowingly falsified any portion of this application, I will be denied any compensation benefits.

I certify that I am not currently serving a sentence of imprisonment in any detention facility, and had not escaped from serving a sentence of imprisonment in any detention facility, home arrest program or work furlough at the time of the criminally injurious conduct.

I certify that I will fully cooperate with all appropriate law enforcement, prosecutorial and criminal justice agencies and provide the information requested. I understand that if I do not cooperate, any and all benefits may be denied.

Por medio de la presente hago constar, bajo pena de multa o encarcelamiento, que la información contenida en esta solicitud para una adjudicación de compensación para víctimas crímenes es verdadera y de acuerdo con mi leal saber y entender.

Hago constar que toda la información proporcionada por mí u otros en este formulario es verdadera y precisa conforme a mi leal saber y entender. Si se descubre que yo a sabiendas falsifiqué cualquier parte de esta solicitud, se me negarán todos los derechos a compensación.

Certifico que actualmente no me encuentro cumpliendo ninguna sentencia en prisión en un centro de detención, y que no he evitado cumplir con alguna sentencia en prisión en ninguna instalación carcelaria, programa de arresto domiciliario ni reclusorio nocturno en el momento de la conducta criminal perjudicial.

Certifico que cooperaré totalmente con las agencias policiales, de enjuiciamiento y de justicia penal que sean apropiadas y proporcionaré la información solicitada. Entiendo que si no coopero, me pueden ser negados todos y cada uno de los beneficios.

Date / Fecha: _____ Print Name / Nombre en letra imprenta: _____ Signature / Nombre: _____

Section 10 My Promise to the Program / Mi promesa al Programa

By completing this section I agree to contact and repay the Victim Compensation Program if I receive any payments from the offender, through a civil lawsuit, an insurance reimbursement, or any other government or private agency to cover expenses for which I have already received payment from this Program. I understand I may be responsible for repaying the Crime Victim Compensation Program any amount for which it is later determined that I was not eligible. I will notify the county Crime Victim Compensation Program if I hire an attorney to represent me in any action related to this crime or if I pursue any action on my own.

Agreement made this _____ day of _____, 20____, between the Claimant, _____ (Claimant's Name)

and the State of Arizona by the Arizona Criminal Justice Commission and the county Crime Victim Compensation Program.

In consideration of monies to be paid to me or paid to others for my benefit in accordance with the Victim Compensation Program Rules as an award through the county Victim Compensation Program, I,

_____ (Claimant's Name)

hereby assign, transfer and subrogate to the State of Arizona the first right to the full extent of any monies paid as stated above, and also to the extent that the monies advanced were obtained from sources other than the Arizona Criminal Justice Commission, all rights which I may have to receive, or recover any benefits or advantages which I may have against any party for claim, loss, damage, or injuries suffered for which an award was made.

Al completar esta sección, estoy de acuerdo en comunicarme con el Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes y reembolsar sus gastos si yo recibiera algún pago por parte del infractor, mediante una juicio civil, un reembolso de una póliza de seguro, o cualquier otra agencia del gobierno o privada para cubrir gastos por los cuales ya recibí pago por parte de este Programa. Entiendo que podría tener que reembolsarle al Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes cualquier cantidad que me hayan dado si se determina posteriormente que yo no calificaba para dicha cantidad. Notificaré al Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes si contrato a un abogado para representarme en cualquier acción relacionada con este crimen, o si fuera a llevar a cabo una acción por mi cuenta.

Acuerdo llevado a cabo el _____ día de _____, 20____, entre el Reclamante, _____ (Nombre del Reclamante)

y el Estado de Arizona a través del Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes de la Comisión de Justicia Penal de Arizona del condado.

Tomando en cuenta los dineros que se me deberán pagar a mí o a otros para mi beneficio de acuerdo con el Reglamento del Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes como adjudicación a través del Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes del condado, yo, _____ (Nombre del Reclamante)

por medio del presente asigno, transfiero y subrogo al Estado de Arizona el primer derecho al total de cualquiera de los dineros pagados según lo estipulado anteriormente, y también al Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes del condado, en la medida en que los dineros adelantados se hayan obtenido de fuentes distintas a la Comisión de Justicia Penal de Arizona, todos los derechos que yo pudiera recibir o cualquier beneficio que pudiera recobrar, o cualquier beneficio o ventaja que pudiera tener en contra de cualquier parte por una reclamación, pérdida, daño, o lesiones sufridas por las que se haya otorgado una adjudicación.

Date / Fecha: _____ Print Name / Nombre en letra imprenta: _____ Signature / Nombre: _____

Section 11 Information Release / Divulgación de información

I authorize and request any person or agency having information, including any law enforcement records, which are necessary to the administration of my claim to release that information to the county Crime Victim Compensation Program. This release includes, but is not limited to, local, state, and federal law enforcement and prosecutors offices; local, state, and federal court personnel; any funeral director, cremationist or staff thereof; any employer, any private company or governmental agency which is providing, or may provide, monetary benefits.

I authorize my attorney to provide any information for this purpose of verifying my claim and eligibility for crime victim compensation and to provide information concerning any potential recovery which I may have against any person or entity arising from the criminally injurious conduct. I understand that the records obtained by the county Crime Victim Compensation Program may be subject to release in accordance with Arizona and federal law.

I agree and certify that no person or agency shall incur any legal liability to me by releasing any information pursuant to this authorization.

Yo autorizo y solicito a cualquier persona o agencia que tenga información que sea necesaria para la administración de mi reclamación, incluyendo cualquier expediente de agencia policial, a divulgar esa información al Programa de Compensación para Víctimas Crímenes del condado. Esta liberación de responsabilidad incluye, pero no está limitada a, oficinas de agencias policiales locales, estatales y federales; personal de los tribunales locales, estatales y federales; a cualquier director de funeraria, encargado de cremación o su personal, cualquier empleador, cualquier compañía privada o agencia gubernamental que esté proporcionando, o pueda proporcionar, beneficios monetarios.

Yo autorizo a mi abogado a brindar cualquier información para este propósito de verificar mi reclamación y elegibilidad para compensación para víctimas de crímenes y a proporcionar información concerniente a cualquier posible recuperación que pudiera yo tener en contra de cualquier persona o entidad que surja de la conducta criminalmente dañina. Entiendo que los expedientes obtenidos por el Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes del condado pueden estar sujetos a divulgación de acuerdo con la ley de Arizona y la ley federal.

Estoy de acuerdo y certifico que ninguna persona ni agencia incurrirá en ninguna responsabilidad hacia mí al divulgar cualquier información de conformidad con esta autorización.

Date / Fecha:	Print Name / Nombre en letra imprenta:	Signature / Nombre:
If this Authorization is signed by someone other than the Claimant/Applicant, please state your authority to sign on behalf of the Claimant/Applicant: Si esta autorización es firmada por otra persona que no sea el Reclamante/Solicitante, favor especificar su autoridad para firmar en nombre del Reclamante/Solicitante:		

Section 12 Disclosure of Protected Health Information / Divulgación de información médica confidencial

I give permission to any hospital, clinic, doctor, dentist, or mental health provider; any employer; any insurance company; or any other person or agency to provide information relating to this application, including medical and mental health records to the county Crime Victim Compensation Program or its representatives. I understand the information will be used to determine compensation benefits, and only information needed to make a decision about compensation will be requested by the county Crime Victim Compensation Program.

This is a general authorization and includes authorization for the release of confidential communicable disease related information and confidential HIV related information.

I understand a photocopy or FAX (facsimile) of this signed form is as valid as the original, and my signature gives permission for the release of all information specified in this permission form.

I may revoke this Authorization at any time. My revocation must be in writing and signed by me. My revocation will be effective upon receipt, but it will not be effective if and to the extent that the Crime Victim Compensation Program or others have already acted in reliance upon this Authorization. Upon revocation of this Authorization, I will become ineligible to receive benefits from the Crime Victim Compensation Program.

I understand that there is a potential for unauthorized re-disclosure of the information and that the re-disclosed information may not be protected by federal confidentiality rules. Information disclosed to the Crime Victim Compensation Program is no longer subject to the protections of HIPPA. The Crime Victim Compensation Program may disclose non-identifying information for statistical purposes.

I understand that I may refuse to sign this Authorization. My refusal to sign will not affect my ability to obtain treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits, except that my refusal to sign this Authorization will make me ineligible to receive benefits from the Crime Victim Compensation Program.

Doy permiso a cualquier hospital, clínica, doctor, dentista, o proveedor de salud mental; cualquier empleador; compañía de seguros; o cualquier otra persona o agencia para que divulgue información relacionada con esta solicitud, incluyendo cualquier registro médico, de salud mental, y de condenas de delitos penales, al Programa de Compensación a la Víctima o sus representantes. Entiendo que la información se usará para determinar beneficios compensatorios, y el Programa solamente solicitará la información necesaria para decidir si debe compensar a la persona.

Esta es una autorización general e incluye la autorización para la divulgación de datos confidenciales relacionados con enfermedades contagiosas y datos confidenciales relacionados con VIH.

Entiendo que una fotocopia o FAX de este formulario firmado es tan válida como la original, y que mi firma da permiso para divulgar toda la información especificada en este formulario de autorización.

Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito y firmada por mí. Mi revocación entrará efecto en cuanto sea recibida, pero no tendrá efecto en tanto que el Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes u otros ya hayan actuado al amparo de esta Autorización. En cuanto esta Autorización sea revocada, yo ya no seré elegible para recibir beneficios del Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes.

Entiendo que existe la posibilidad de una nueva divulgación nueva no-autorizada de los datos, y que dichos datos de nueva divulgación pueden no estar protegidos de acuerdo con las normas federales sobre confidencialidad. La información divulgada al Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes ya no estará sujeta a las protecciones de HIPPA. El Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes puede divulgar datos que no identifiquen al individuo con propósitos estadísticos.

Entiendo que puedo rehusarme a firmar esta Autorización. El rehusarme a firmar no afectará mi habilidad para obtener tratamiento, pago, inscripción ni elegibilidad para beneficios, excepto que rehusarme a firmar esta Autorización me hará no elegible para recibir beneficios del Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes.

Date / Fecha:	Print Name / Nombre:	Signature / Nombre:
If this Authorization is signed by someone other than the Claimant/Applicant, please state your authority to sign on behalf of the Claimant/Applicant: Si esta autorización es firmada por otra persona que no sea el Reclamante/Solicitante, favor especificar su autoridad para firmar en nombre del Reclamante/Solicitante:		