Washington State Department of Labor & Industries
Crime Victims Compensation Program

Aplicación para beneficios

de reclamo de Víctimas de Crimen:

Estas son las instrucciones para llenar el formulario utilizado para aplicar para un reclamo de Víctimas de Crimen. Si el programa de Compensación para Víctimas de Crimen (CVCP) acepta el reclamo, las cuentas médicas serán pagadas después de que todos los otros recursos de seguro se hayan utilizado. Si no puede trabajar es posible que tenga derecho a recibir beneficios de reemplazo de salarios. CVCP tomará en cuenta cada sección de este formulario antes de tomar una decisión. Mantenga sus documentos circulando sin complicaciones:

- Use un bolígrafo y escriba claramente.
- Recuerde firmar y poner la fecha en la aplicación.
- Responda a cada pregunta completamente. Sin la información completa, el proceso de la aplicación puede retrasarse. Si necesita adjuntar páginas adicionales asegúrese de escribir el número de reclamo en cada página.

INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA

- Se requiere que cada víctima llene una aplicación separada, excepto en los casos de homicidio. En esos casos solamente se necesita presentar un reclamo para todas las víctimas. (En el caso de homicidio los beneficios pagados a todas las partes serán considerados bajo una aplicación).
- Ayúdenos a calcular correctamente los beneficios de tiempo perdido a los que puede tener derecho. Reporte su estado civil y el número de dependientes. Déjenos saber si tiene o ha tenido más de un trabajo. Esté listo para presentar documentos para comprobar su información.
- Elija a un proveedor de servicios de salud. Usted puede elegir a cualquier proveedor de servicios de salud que esté calificado para atender su condición y que esté localizado convenientemente.
- Infórmenos si cambia de dirección o de proveedor de servicios de salud.
- Es posible que usted haya recibido tratamiento médico o medicamentos relacionados con el reclamo antes de llenar esta aplicación. Si aceptamos su reclamo y usted ya ha pagado por lo anterior, le reembolsaremos el pago al proveedor o a la farmacia y ellos le reembolsarán a usted.
- Una vez que presente esta aplicación no pague las cuentas médicas relacionadas con su reclamo a menos que le informemos que hemos negado su reclamo.
- Mantenga su número de reclamo a la mano. Está impreso en toda la correspondencia que le enviamos.

INFORMACIÓN DEL CRIMEN

- El crimen debe reportarse a la agencia de policía dentro de 12 meses del incidente o dentro de 12 meses que el crimen pudo haber sido razonablemente reportado.
- Para agilizar su aplicación por favor asegúrese de incluír el número de su reporte de policía (proporcionado por la policía).
- Complete todas las casillas que se apliquen (fecha del crimen, fecha de reporte, etc.)

PROVEEDOR

- Incluya su # de identificación de proveedor en la aplicación.
- Déjenos saber la diagnosis específica con una descripción objetiva de sus resultados y observaciones del paciente.
- Proporcione el código ICD y la parte del cuerpo específicamente afectada.
- Calcule por cuando tiempo su paciente no podrá trabajar y describa sus restricciones físicas. Esto nos ayudará a decidir si le pagaremos beneficios de reemplazo de salario.
- Proporcione un plan de tratamiento médico. Incluya los exámenes de diagnóstico o tratamientos.
- Indique si el paciente ha recibido tratamiento anteriormente por la misma condición o una condición similar.

Cómo obtener ayuda:

Línea de información gratis:	1-800-762-3716
Información de víctimas de crimen:	1-360-902-5355
Fax de CVCP:	1-360-902-5333
Información en Internet:	**www.CrimeVictims.Lni.wa.gov**

Dónde enviar este reporte:

Crime Victims Compensation Program
PO Box 44520
Olympia, WA 98504-4520

Avisos legales:

- **Información falsa**: Cualquier persona que solicite beneficios bajo este título que intencionalmente dé información falsa requerida en un reclamo o aplicación bajo este título será culpable de un delito grave de Clase C cuando dicho reclamo o aplicación involucra una cantidad de quinientos dólares ($500) o más. Cuando dicho reclamo o aplicación involucra una cantidad menor de $500, la persona que entrega dicha información sera culpable de un delito menor. RCW 51.48.020(2) RCW 7.68.125(3)

- **Seguro público o privado:** Los beneficios pagaderos bajo este título serán reducidos por la cantidad de CUALQUIER otro seguro público o privado disponible menos una porción de los honorarios y costos de abogado, si los hubiere, incurridos por la víctima al obtener recuperación del asegurador. RCW 7.68.130(1)

  "Seguro privado" significa **CUALQUIER** recurso de compensación o pago recibido por un seguro que usted ha pagado o que se le ha pagado a usted a nombre de la persona que causó sus lesiones. RCW 7.68.020(6)

  "Seguro público" significa CUALQUIER recurso (del estado o federal) de compensación o de pago recibido. RCW 7.68.020(6)

Idioma Preferido (Marque con círculo): inglés español ruso coreano chino vietnamita camboyano otro:

ESCRIBA CON LETRAS DE MOLDE EN FORMA LEGIBLE

INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA

1. Nombre (Primero, segundo, apellido)
2. Fecha de nacimiento (mes, día, año)
3. Fecha de muerte (si es aplicable)
4. Número de seguro social
5. Teléfono residencial
6. Sexo (marque uno) Masculino o Femenino
7. Dirección residencial
   Ciudad Estado Código postal
8. Teléfono para mensajes
9. Estado civil (marque uno) Casado(a) Viudo(a) Separado(a) Soltero(a) Divorciado(a)
10. Dirección postal (si es diferente a la dirección residencial)
    Ciudad Estado Código postal
11. Nombre del cónyuge
12. Nombre de la persona que completó la aplicación (si es diferente), Número de seguro social, Dirección postal (si es diferente), Parentesco con la víctima, Ciudad, Estado, Código postal
13. Niños dependientes. Incluya niños no nacidos aún, estimando las fechas de nacimiento. Los beneficios serán basados, en parte, en el número de niños dependientes legales. Si no tiene custodia legal, complete el número 14. Nombre, parentesco con la víctima, custodia legal (marque uno) (SÍ NO) Fecha de nacimiento (mes, día, año)
14. Nombre y dirección del tutor legal de los niños
15. Nombre de la persona que podemos llamar (si no desea que llamemos a su residencia) # de teléfono de la persona
16. **Este departamento obtiene y mantiene información sobre los reclamos de acuerdo a raza, origen y discapacidad para estadísticas. Si no está de acuerdo en darnos esta información puede dejar esta sección en blanco.** Raza u origen (marque uno) Negro Islas del Pacífico Blanco Asiático Hispano Indio nativo de America Otro ¿Tiene una discapacidad? (marque uno) SÍ NO ¿Fue causada por el crimen? (marque uno) SÍ NO
17. ¿Quién lo refirió a nuestro programa? (marque uno) Policía Testigo del crimen Oficina del Procurador Otro
18. ¿Para qué clase de beneficios está aplicando? (Marque todos los que se apliquen) Médico/dental, Tratamiento de salud mental, Asesoramiento para aflicción, Pérdida de ingreso de la víctima, Gastos funerarios, Otro
19. Fecha de empleo del reclamante
    desde hasta (mes, día, año)
20. Último día que trabajó
21. Tarifa de pago en este trabajo (marque uno) Escriba la cantidad en $ por hora, semanal, por día, por mes
22. Horas por día, Días por semana
23. Ingresos adicionales (promedio diario) $ (Marque todos los que se apliquen) Trabajo a destajo Propinas Comisión Bonos
24. Estuvo empleado por tres meses consecutivos durante el año antes de su lesión? (marque uno) SÍ NO
25. ¿Ha regresado a trabajar? (marque uno) SÍ NO Si es sí, fecha en que regresó a trabajar (mes, día, año)
26. ¿Se le pagó permiso por enfermedad o seguro por discapacidad? (marque uno) SÍ NO Si es sí ¿Hasta qué período? Desde hasta (mes, día, año)
27. ¿Estaba su empleador proporcionándole a usted y a su familia seguro médico, dental y/o de la vista en el día en que usted se lesionó? (marque uno) SÍ NO
28. Nombre del negocio del empleador, # de teléfono del representante del empleador, Dirección del empleador, Ciudad, Estado, Código postal

Aviso al empleador: El Programa de Compensación para Víctimas de Crimen no es parte del Programa de Seguro Industrial del Departamento de Labor e Industrias. Los beneficios proporcionados a través del programa por lesiones que no ocurrieron en el trabajo, no afectarán sus primas de seguro industrial.

29. Su proveedor debe cobrarle primero a su seguro primario. Todos los recursos de seguro deben listarse. Esto incluye seguro de salud, automóvil (de la víctima y del ofensor), vida, compensación al trabajador, dental, Medicare, SSI/SSA, salud para indios nativos, asistencia pública (Medicaid), beneficios funerarios. CVCP solo puede pagar beneficios después de que su(s) seguro(s) hayan pagado. Nombre de la compañía de seguro Número de teléfono Nombre del dueño de la póliza Número de la póliza # de SSI del dueño de la póliza (para identificación solamente)

ESCRIBA CON LETRAS DE MOLDE EN FORMA LEGIBLE

INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA

Nota: Lea las notificaciones legales en la última página

30. Yo hago constar que estas declaraciones son verdaderas a mi leal saber y entender. Al firmar este formulario, autorizo a médicos, hospitales o clínicas a proporcionarle al Programa de Compensación para Víctimas de Crimen los reportes médicos hechos por ellos u otros. Esto incluye exámenes del SIDA y de enfermedades venereas y tratamiento para el alcohol y las drogas. Firma fecha de hoy (mes, día, año)

INFORMACIÓN DEL CRIMEN

El crimen debe reportarse a una agencia de policía dentro de 12 meses de haber ocurrido el incidente o dentro de 12 MESES de que el crimen pudo haber sido razonablemente reportado.

31. Fecha en que ocurrió el crimen (mes, día, año)
32. Hora aproximada AM PM
33. ¿Se le reportó el crimen a una agencia de policía? (marque uno) SÍ NO Si es sí, fecha en que se reportó el crimen
34. Lugar dónde ocurrió el crimen: Dirección Condado Ciudad Estado Código postal
35. Nombre de la agencia de policía dónde se reportó (marque uno) Policía Patrulla del estado de Washington (WSP) Sheriff Policía Tribal
36. Nombre del oficial Número del reporte
37. Procedimientos legales contra un violador sexual
38. Fecha en que se comunicaron con usted para los procesos de la corte
39. Nombre de la persona que se comunicó con usted # de teléfono
40. Tipo de crimen (marque uno) Asalto Asalto sexual Asesinato Violencia doméstica Asalto vehicular Crimen vehicular bajo la influencia del alcohol o drogas Homicidio vehicular Otro (si no está indicado arriba)
41. Armas usadas
42. Área del cuerpo lesionada
43. Nombre del agresor (si lo sabe)
44. ¿Vivía el agresor con usted cuando ocurrió el incidente? (marque uno) SÍ NO
45. ¿Ha presentado o intenta presentar una demanda civil? (marque uno) SÍ NO
46. Descripción breve del crimen
47. Por favor pídale a su proveedor que llene esta sección si ha recibido tratamiento por una lesión causada por este crimen.

Cómo obtener ayuda

Programa de Compensación para Víctimas de Crimen (Crime Victims Compensation Program)	1-800-762-3716
Línea de Asistencia y Servicios para la Protección de Niños (Child protective services hotline)	1-800-562-5624
Programa de Servicios para Víctimas (Victim/Witness Notification Program)	1-800-322-2201
Madres en Contra de Conducir en Estado de Ebriedad (Mothers against Drunk Driving - MADD)	1-800-927-6080

Grupos de Asistencia para Víctimas

Oficina de Abogacía para Víctimas de Crimen (Office of Crime Victims Advocacy)	1-800-822-1067
Línea de Asistencia contra la Violencia Doméstica (Domestic Violence Hotline)	1-800-562-6025
Línea de Asistencia para Familia y Amigos (Family and Friends Hotline)	1-800-346-7555

Hay más información disponible incluyendo formularios y publicaciones en:
www.lni.wa.gov/claimsinsurance/crimevictims