Massachusetts Office For Victim Assistance
MOVA
Victim & Witness Assistance Board

Solicitud de compensación para víctimas

MOVA Declaración de confidencialidad sobre la compensación para víctimas:

Toda la información proporcionada a la Oficina de Asistencia para Víctimas de Massachusetts (MOVA) relacionada con esta solicitud se mantendrá como confidencial y privilegiada. MOVA no divulgará la información a terceros a menos que el solicitante lo autorice o la ley lo requiera.[1]

1. Información de la víctima

*Nombre de la víctima: _____ Género: _____
Nombre Inicial segundo nombre Apellido

Dirección postal: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono principal: _____ Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Idioma preferido: _____

**Víctima incluye a una persona que resulta lesionada física o psicológicamente al intentar prevenir un delito, ayudar a una víctima o detener a una persona que comete un delito en su presencia.*

2. Información del solicitante (Si la víctima es el solicitante, escriba "igual". Si la víctima es menor de 18 años, el solicitante es un padre/tutor.)

Nombre del solicitante: _____ Género: _____
Nombre Inicial segundo nombre Apellido

Dirección postal: _____

Ciudad/Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono principal: _____ Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación con la víctima: _____

Idioma preferido: _____

[1] 124 CMR 2.09

3. Información de contacto designado opcional

Doy permiso a MOVA para compartir y recibir información sobre mi reclamo de compensación para víctimas con mi contacto designado.

Nombre del contacto designado: _____ Género: _____
Nombre Inicial segundo nombre Apellido

Dirección postal: _____

Ciudad/Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono principal: _____ Correo electrónico: _____

Relación con la víctima: _____ Relación con el solicitante: _____

Idioma preferido: _____

4. Información del delito

Tipo de delito (marque todas las opciones que correspondan)

☐ Incendio provocado	☐ Material de abuso sexual infantil	☐ Homicidio	☐ Agresión sexual
☐ Asalto	☐ Abuso sexual infantil	☐ Trata de personas	☐ Acoso
☐ Allanamiento de morada	☐ Conducir bajo los efectos del alcohol o drogas	☐ Secuestro	☐ Terrorismo
☐ Abuso físico infantil	☐ Otros delitos relacionados con vehículos	☐ Robo	Otro: _____

☐ **Marque aquí si el delito es violencia doméstica, familiar o de pareja**

Lugar del delito, si se conoce

Calle: _____

Ciudad/Estado: _____

Fecha del delito: _____ Fecha en que se reportó el delito por primera vez: _____

El delito se reportó a: _____

Nombre del departamento de policía/autoridades: _____

☐ Local ☐ Federal ☐ Estatal ☐ Autoridad de Vivienda ☐ MBTA ☐ Escuela/Univ

El delito se reportó a otra autoridad:

- ☐ Departamento de Niños y Familias
- ☐ Oficina Ejecutiva de Envejecimiento e Independencia
- ☐ Comisión de Protección de Personas con Discapacidad
- ☐ Nombre de la institución correccional:
- ☐ Solicitud de orden de restricción bajo M.G.L. c. 209A o 258E
- ☐ Solicitud ciudadana de denuncia penal
- ☐ Informe del proveedor médico de agresión sexual

Nombre(s) de la(s) persona(s) que cometió/cometieron el delito (si se conoce): _____

5. Gastos (en caso de homicidio, omita esta sección y consulte el n.º 8)

Marque los tipos de gastos por los que busca compensación y adjunte copias de las facturas o recibos.

- ☐ Asesoramiento psicológico
- ☐ Servicios dentales
- ☐ Servicios médicos
- ☐ Suministros médicos/farmacia
- ☐ Limpieza de la escena del delito
- ☐ Salarios perdidos (solo víctima)
- ☐ Reemplazo de ropa de cama o ropa tomada como evidencia o destruida como resultado de una investigación.
- ☐ Reemplazo de servicios domésticos realizados por la víctima
- ☐ Medidas de seguridad necesarias para la seguridad de la víctima

6. Información de contacto adicional

NO se requiere representación de abogado para solicitar la Compensación para Víctimas. Si está representado por un abogado para esta solicitud, proporcione la información de contacto.

Nombre: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Si está trabajando con un defensor de víctimas y testigos en esta solicitud, proporcione la información de contacto.

Nombre: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿Quién lo refirió a Compensación para Víctimas? _____

7. Información adicional

Proporcione cualquier necesidad de acceso que desee que tengamos en cuenta: _____

Raza/etnia de la víctima (solo para fines estadísticos):

- ☐ Indígena americano/nativo de Alaska
- ☐ Asiático
- ☐ Negro/afroamericano
- ☐ Hispano/latino
- ☐ Rechazo responder esta pregunta
- ☐ Nativo de Hawái y otras islas del Pacífico
- ☐ Blanco/no latino
- ☐ Otra raza
- ☐ Múltiples razas

8. Gastos por homicidio (todos los demás tipos de delitos, omita esta sección y continúe con la sección n.º 9)

Funeral y entierro

Nombre de la funeraria o crematorio: _____ Teléfono: _____

Nombre de la empresa de monumentos: _____ Teléfono: _____

Nombre comercial para otros gastos: _____Teléfono: _____

Gastos adicionales

☐ Consejería para familiares de víctimas de homicidio.

☐ Servicios de reemplazo de ama de casa si la víctima realizaba únicamente servicios de ama de casa durante un año antes del delito.

☐ Pérdida de apoyo financiero para dependientes de víctimas de homicidio

Si presenta la solicitud en nombre de dependiente(s) menor(es) de edad de una víctima de homicidio, relación con el/los dependiente(s) menor(es) de edad: _____

Autorización para divulgar información

Gastos auxiliares de funeral/entierro y gastos de funeral/entierro

Yo, _____, doy permiso a MOVA para verificar los gastos pagados o adeudados relacionados con gastos de funeral y/o entierro, así como gastos auxiliares. Entiendo que MOVA se comunicará con las personas y/o entidades mencionadas anteriormente en Funeral y entierro y/o Funeral y entierro auxiliares para verificar la indemnización solicitada.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

9. Reconocimiento — Firma obligatoria para todos los solicitantes

Entiendo que MOVA verificará mi reclamo y obtendrá información de las fuerzas del orden público de acuerdo con la sección 5 anterior. Entiendo que la información relacionada con esta solicitud se usará únicamente para revisar mi reclamo de beneficios de indemnización para víctimas.

Entiendo que el Fondo de Indemnización para Víctimas es un fondo de última instancia. Acepto informar a MOVA si recibo fondos por pérdidas para las cuales he solicitado indemnización para víctimas. Acepto reembolsar a MOVA los fondos que se me otorguen o se otorguen en mi nombre dentro de los cuarenta y cinco (45) días posteriores a la recepción de los fondos.

Certifico, bajo pena de perjurio, que toda la información y documentación de respaldo proporcionada es verdadera y precisa según mi leal saber y entender.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

☐ **Marque aquí si es padre/madre/tutor(a) de una víctima menor de edad o tutor(a) legal de una víctima adulta.**

Devuelva la solicitud firmada y completa por correo postal, fax o correo electrónico a:

Oficina de Asistencia a las Víctimas de Massachusetts
One Ashburton Place, Suite 1310
Boston, MA 02108
Teléfono: (617) 586-1340 Fax: (617) 742-6262
Correo electrónico: VCCorrespondence@state.ma.us