

# New Mexico Crime Victims Reparation Commission



Usted puede calificar para la ayuda financiera por la Comisión de Reparación de Víctimas de Crimen de Nuevo México, si usted contesta "SÍ" a las siguientes seis preguntas:

1. ¿Ha sido usted la víctima de un crimen violento?
2. ¿Sucedio el crimen en nuevo méxico?
3. ¿Fue informado el crimen a la aplicación de la ley dentro de 30 días?  
(Hay las excepciones para menores y víctimas de la violencia sexual y doméstica)
4. ¿Ocurrió el crimen en los últimos dos años?
5. ¿Cooperó usted completamente con aplicación de ley?
6. ¿Tiene usted los gastos como resultado del crimen?

Si usted contestó SÍ a todo el encima de preguntas, llena por favor la aplicación conectada y lo envía a la dirección abajo. Si usted necesita llenar de ayuda la aplicación, llama por favor su Oficina local de Fiscal De Un Distrito Judicial o Comisión de Reparación de Víctimas de Crimen de llamada en 505-841-9432. Usted tiene **dos años** de la fecha del crimen para archivar una aplicación. (Hay las excepciones para víctimas secundarias del abandono o el abuso de un niño y el asalto sexual).

La cantidad máxima de la compensación que se puede conceder en cualquiera una aplicación, es \$20,000.00. El tipo de los gastos que cubrimos incluye:

- **Médical**
- **Dental**
- **Hospital**
- **La Funeral (Hasta \$3,500.00)**
- Aconsejar (Max. 30 sesiones)
- **La pérdida de Sueldos**
- Mire Lentes (Max. \$350.00)
- Otros gastos médicos necesarios

***NO hay el premio para la pérdida ni el daño a la propiedad ni para el dolor y el sufrimiento.***

Los gastos contraídos como resultado del incidente se deben sea sometido primero a todas fuentes colaterales prontamente disponibles, tal como su compañía de seguro, el programa, el cuidado Médico y Medicaid indigente local para el pago. Esos gastos no cubrieron completamente por fuentes colaterales será considerado para el pago.

Si usted contestó NO a cualquiera del encima de seis preguntas, avisa por favor su abogado local de víctima de Fiscal De Un Distrito Judicial para referencias adicionales.

**State of New Mexico Crime Victims Reparation Commission**  
**8100 Mountain Road N.E., Suite - 106**  
**Albuquerque, NM 87110**  
**Telefono: (505) 841-9432 / Fax: (505) 841-9437**  
**Sin Cargo: 1-800-306-6262**  
**cvrc@state.nm.us**

**State of New Mexico Crime Victims Reparation Commission**  
**Phone (505) 841-9432 Fax (505) 841-9437**

**NO USE EL LAPIZ**

<b>LA SECCION I: LOS DATOS DE VÍCTIMA</b>			Primer Nombre y Segundo Nombre de la Víctima:			
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de Nacimiento: \ \	Tu Edad a Crimen:	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Vidua	<input type="checkbox"/> Diuorciado	Seguro Social #: \ \
Dirección (Número de Apartamento):		Ciudad:	Estado:	Cierre Código:	Teléfono de Domicilio: ( )	
Nombre /y edad/ dirección de dependientes:						
<b>La víctima:</b> <input type="checkbox"/> Esta muerto <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Menor de Edad <b>SÍ, FAVOR COMPLETO PARTE II</b>						

<b>LA SECCION II: LOS DATOS DE DEMANDANTE</b>			Primer Nombre y Segundo Nombre del Solicitante:			
Fecha de Nacimiento: \ \	Seguro Social #: \ \	Relación a la Víctima:		Teléfono de Domicilio: ( )		
Dirección (Número de Apartamento):		Ciudad:	Estado:	Cierre Código:		
<b>LA SECCION III: LOS DATOS DEL CONTACTO</b> <b>Alguien de otra manera que la víctima o demandante si somos incapaces de avisarlo</b>			Nombre del Contacto:			
Relación a la Víctima:		Teléfono de Domicilio:		Teléfono de Trabajo: ( )		
Dirección (Número de Apartamento):		Ciudad:	Estado:	Cierre Código:		
Nombre del Empleador:			Dirección:			

<b>LA SECCION IV: INFORMACION SOBRE EL CRIMEN</b> <b>Conecte la policía los informes si disponible</b>			Fecha del Crimen: \ \	Fecha del Reporte de Policía: \ \	La Agencia de la policía Informó A:
Nombre de Agente de Policía:			Sitio en que se cometió el crimen (dirección/ciudad/condado/estado):		
Favor de Describir el Crimen:			Nombre del sospechoso, sí conocido:		
Las heridas:			Conocía la víctima al sospechoso? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Cómo lo conocía? _____ ¿Restitución Orden? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Restitución Suma? \$ _____		

<b>LA SECCION V: LA PERDIDA DE SUELDOS</b>			<b>Indica por favor si la víctima/demandante estará solicitando La Pérdida de Sueldos.</b>			
¿Solicita la <b>VÍCTIMA</b> la pérdida de sueldos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			¿Tomó la <b>VÍCTIMA</b> tiempo del trabajo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
El empleador en tiempo del incidente: _____		Dirección: _____	Teléfono de Trabajo: _____			
El Título del trabajo: _____		Ciudad: _____	Estado: _____	Cierre Código: _____		
¿Solicita el <b>DEMANDANTE</b> la pérdida de sueldos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			¿Cronometró el <b>DEMANDANTE</b> lejos trabajo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
El empleador en tiempo del incidente: _____		Dirección: _____	Teléfono de Trabajo: _____			
El Título del trabajo: _____		Ciudad: _____	Estado: _____	Cierre Código: _____		
<b>Si trabajadores autónomos, nosotros requerimos los Regresos de Impuesto de renta de ambos el año antes de incidente y año del incidente</b>						

<b>LA SECCION VI: SUMA DEL ENTIERRO</b>	Nombre de Entierro:
---	---------------------

La Fecha de Muerte de la Víctima: \ /	Nombres del Contrato Entierro:	Suma del Entierro: \$		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Cierre Código:	Teléfono: ( )

<b>LA SECCION VII: COMPANIA DE SEGURO</b>	<b>Complete por favor la Sección B si el incidente implicó un vehículo motriz</b>
---	---

<b>A</b>	Nombre de Persona en Póliza:	Número de Seguro Social \ /	Póliza #:	Teléfono: ( )
----------	------------------------------	-----------------------------	-----------	---------------

Nombre de la Compañía de Seguro:	Dirección:	Ciudad:	Estado:	Cierre Código:
----------------------------------	------------	---------	---------	----------------

<b>B</b>	Compañía de Seguro de la Víctima:	Póliza #:	Teléfono: ( )
----------	-----------------------------------	-----------	---------------

Nombre de la Compañía de Seguro:	Ciudad:	Estado:	Cierre Código:
----------------------------------	---------	---------	----------------

Compañía de Seguros de Tercer Parte:	Póliza #:	Teléfono: ( )
--------------------------------------	-----------	---------------

Compañía de Seguro de Sospechoso:	Póliza #:	Teléfono: ( )
-----------------------------------	-----------	---------------

<b>LA SECCION VIII: ALGUNO DE LOS SIGUIENTES</b>	Tiene Ud. alguno de los siguientes? Favor de marcar "SÍ" o "NO" en cada opción:.
--	--

**1)** Medicare:  SÍ  NO     
**2)** La Salud india Atiende a:  SÍ  NO     
**3)** Seguro de Incapacidad:  SÍ  NO  
**4)** Seguro Social:  SÍ  NO     
**5)** Medicaid:  SÍ  NO     
**6)** Compensación al Trabajador:  SÍ  NO  
**7)** Indigent Funds:  SÍ  NO     
**8)** Los Beneficios del veterano:  SÍ  NO     
**9)** Recursos de Emergencia:  SÍ  NO  
**10)** El Seguro de propietario o Inquilino:  SÍ  NO  
**11)** ¿La víctima/demandante recibió los pagos de cualquier otra fuente debido al incidente?  SÍ  NO  
Si ése es el caso, por favor fuente de lista y cantidad: la Fuente: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

<b>LA SECCION IX: MEDICO/DENTALONSEJO DE SALUD MENTAL</b>	<b>Adherir adicional hojas si necesario por favor proveere copias de cuentas recibos o cheques cancelados.</b>
---	--

El nombre de Proveedor/la Cantidad del Hospital	La cantidad cargó	Cargó Pagado por el Seguro	Pagado por Víctima/Demandante

<b>LA SECCIÓN X: INFORMACION SOBRE UNA DEMANDA CIVIL</b>	Si un arreglo se recibe, usted debe reembolsar esta CVRC para la cantidad pagada
--	--

¿Ha empleado usted a un abogado para el traje civil?  SÍ  NO  
Nombre de Abogado: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cierre Código: \_\_\_\_\_

<b>LA SECCION XI: INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE JUSTICIA</b>	Origen Nacional (país donde nació):
--	-------------------------------------

Grupo Etnico:  Nativo Americano o Nativo de Alaska  Afro-Americano  Hispano  Blanco  Asiático o Nativo de las Islas del Pacífico  Otro \_\_\_\_\_  
¿Cualquiera antes de incapacidad existente de víctima?  SÍ  NO Describe: \_\_\_\_\_

**¿Quién referred usted al programa de la compensación?:**  
 La Aplicación de la ley   
 El departamento de la Justicia   
 El Hospital   
 Los medios (la TELEVISION, el Radio, etc..)   
 El fiscal De un distrito judicial   
 La víctima/el Grupo de testigo)   
 Otro: \_\_\_\_\_

# INFORMACIÓN SOLAMENTE

## AUTORIZACIÓN PARA CEDER INFORMACIÓN

He leído la solicitud antes de firmarla y por la presente declaro, bajo juramento, que toda la información que he dado es cierta y correcta. Yo prometo pagarle a la Comisión de Nuevo Méjico para la Reparación para las Víctimas del Crimen (Crime Victims Reparation Commission) si recibo pago por parte del culpable del delito, restitución, acción civil, o otro recurso colateral que resulte de este incidente.

Yo autorizo a cualquier hospital, médico, o persona que atendió, examinó o actuó como enterrador, o cualquier persona que prestó sus servicios, para que transfieran a la Comisión de Nuevo Méjico para la Reparación para las Víctimas del Crimen (Crime Victims Reparation Commission) o a sus representantes cualquier información con respecto a daño personal o muerte.

Autorizo a mi patron corriente y/o previo que se conforme con cualquier demanda sometido de Comisión Reparación Crimen Víctimas de Nuevo Méjico por información de tipo siguiente, respecto mi empleo: trabajo titulo; días y horas de empleo, proporción de pago, fechas de ausencia, categoría de ausencia, vacación, día de fiesta, tc., y verificación beneficios de incapacitar.

De acuerdo con la Sección 29-10-6 A del Ley de Nuevo Méjico sobre Información sobre Records relacionados con el Arresto ( Nuevo Méjico Arrest Record Information Act), yo por la presente designo a la Comisión de Nuevo Méjico para la Reparación para las Víctimas del Crimen (Crime Victims Reparation Commission) como un agente autorizado por me con el propósito de inspeccionar cualquier información incluida en los records del arresto o cualquier otra información relacionada conmigo que tengan las agencias que hacen cumplir la ley dentro del Estado de Nuevo Méjico. Esta autorización incluye la oficina del Procurador General de los Estados Unidos y la información relacionada con la investigación del crimen por el cual yo estoy aplicando for asistencia.

A la persona encargada de los records en question, Yo por la presente le solicito que ceda esa información a la Comisión de Nuevo Méjico para la Reparación para las Víctimas del Crimen (Crime Victims Reparation Commission). Una copia de esta forma cediendo información será válida como si fuera el original aunque la copia no tenga mi firma original. Yo por la presente libero a la persona encargada de los records y a la policía de Nuevo Méjico, al Estado de Nuevo Méjico, o a cualquier otro Departamento de Policía Municipal o del Condado dentro del Estado de Nuevo Méjico, incluyendo cualquiera de sus agentes, empleados o representantes en cualquier capacidad, de todas las reclamaciones de responsabilidad o daño de cualquier clase o naturaleza, que en cualquier momento pueda resultar a mi, mis herederos o asignados, socios, representantes personales de cualquier naturaleza como consecuencia de que la persona encargada de los records este cumpliendo con esta Autorización de Ceder Información y my solicitud contenida en la presente o por el uso de de estos records. Esta Cesión de Información es obligatoria ahora y en el futuro, para mis herederos, asignados, socios, o representantes personales de cualquier clase.

Yo también autorizo a la Administración del Seguro Social (Social Security Administration) para ceder información acerca de mi a la Comisión de Nuevo Méjico para la Reparación para las Víctimas del Crimen (Crime Victims Reparation Commission) con el objetivo de evaluar la existencia de otros recursos colaterales. La información que se va a ceder deberá incluir toda información relacionada con los beneficios de Seguro Social Este consentimiento es indefinido hasta que yo retire mi autorización. Yo soy el individuo a quién pertenecen esos records. Yo entiendo que cualquiera representación falsa con conocimiento y voluntariamente para obtener información de los records del Seguro Social es castigable con una multa de no más de \$5,000 o un año en la cárcel.

Esta autorización no tiene limitaciones sobre las fechas, historia de las enfermedades e información sobre terapia, incluyendo cualquier tratamiento o consejería y/o consultas psiquiátricas, abuso de alcohol o drogas.

Yo por la presente lo autorizo a usted a revelar mis records médicos, incluyendo pero sin limitarme a, los resultados de del test Sobre la Inmuno-Deficiencia Adquirida (SIDA), a la Comisión de Nuevo Méjico para la Reparación para las Víctimas del Crimen (Crime Victims Reparation Commission). Por la presente, abandono cualquier derecho a confidencialidad sobre los resultados de los exámenes del SIDA. Yo entiendo que revelar la información sobre el test the inmunodeficiencia esta protegido por la ley de Nuevo Méjico (NM Human Immunodeficiency Virus Test Act, NMSA 24-2B 1 et. Seq.,) que mis resultados serán revelados solamente de acuerdo a lo establecido en esta ley y que cualquier revelación de mi test será hecha con la siguiente cláusula:

“Esta información se ha revelado a usted de los records cuya confidencialidad está protegida por la ley estatal. La ley estatal prohíbe a usted hacer cualquier otra revelación de esa información sin el consentimiento escrito de la persona a quién esa información se refiere, o de otra forma permitido por la ley”