



VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSYLVANIA

Recepción de información

Acepto que he recibido mis derechos básicos como víctima de un delito y la información sobre los servicios relacionados que están disponibles para mí.

NOMBRE Y APELLIDO Name of victim

FIRMA Signature of victim

_____/_____/_____
FECHA Date

NÚMERO DEL INCIDENTE Incident #

NÚMERO DE CONTACTO SEGURO Safe contact number for victim

(La Policía se quedará con la copia debidamente completada y firmada de este formulario).

Las agencias locales de servicios de protección y lo que pueden hacer para ayudarle

Asistencia a las víctimas/testigos

En los casos de víctimas de delitos cometidos por un delincuente adulto (que tenga 18 años de edad o más), esta oficina le puede brindar información sobre sus derechos y sobre lo que pueden hacer para ayudarle.

800-233-2339
610-692-7420

Asistencia a las víctimas/testigos en casos de tribunales de menores

Esta agencia le puede brindar información sobre los derechos y los servicios para las víctimas cuando el delincuente tiene menos de 18 años de edad en el sistema judicial de menores y en la comunidad.

610-692-7420

Violencia doméstica

Además de servicios de asistencia psicológica o counseling, defensoría legal y para la salud, refugio o alojamiento de emergencia y planificación de seguridad, esta organización le puede ayudar a presentar una orden de Protección contra el abuso (por sus siglas en inglés, PFA). Una PFA es una orden judicial emitida por un juez que puede ayudar a brindarles a usted y a sus hijos protección contra un abusador. Debido a que la presentación de una solicitud de PFA puede ser diferente en cada condado, es importante que usted se comunique con la organización local que se indica aquí. También está disponible el servicio de una línea telefónica directa (en inglés, hotline) durante las 24 horas, todos los días de la semana.

610-444-7550

Agresión sexual

Los servicios están disponibles para todas las víctimas de violencia sexual, incluyendo hombres y mujeres que sean víctimas, ya sean adultos, adolescentes o niños. Está disponible la asistencia psicológica o counseling de apoyo y en casos de crisis para las víctimas de agresión sexual, miembros de la familia y otras personas cercanas a la víctima. La asistencia psicológica o counseling está disponible en persona y por teléfono. Un defensor irá con usted al hospital, a la policía y a los procesos judiciales, y le ayudará a entender cómo funcionan los sistemas de salud y de justicia penal. Los servicios de la línea telefónica directa (en inglés, hotline) y de acompañamiento están disponibles las 24 horas del día.

610-692-7273

MADD-DUI

Estas son las siglas en inglés de "Madres contra la conducción en estado de ebriedad" y "Conducir bajo la influencia de las drogas y el alcohol", respectivamente. Esta agencia puede brindarle asistencia psicológica o counseling, apoyo, información y servicios de derivaciones o referidos para las víctimas de accidentes causados por DUI y sus familias.

877-623-3435

Abuso de menores

Esta agencia puede brindarle asistencia psicológica o counseling, información y servicios de derivaciones o referidos para niños abusados y desatendidos y sus familias.

610-344-5800
800-422-4453

Abuso de personas mayores

Esta agencia puede brindarle asistencia psicológica o counseling, alojamiento y servicios de protección para las víctimas de edad avanzada y sus familias.

800-564-7000

DEPARTAMENTO DE POLICÍA PHOENIXVILLE

SERVICIOS PARA LAS VÍCTIMAS 610-692-7420

NÚMERO DEL INCIDENTE Incident#

OFICINA DEL FISCAL DE DISTRITO 800-692-1100

NOMBRE Y APELLIDO DEL FUNCIONARIO Officer

FECHA Date

Defensor de las víctimas y servicios disponibles

El texto a continuación le brinda información general sobre sus derechos como víctima de un delito y sobre los servicios disponibles para ayudarle luego de ocurrido el delito. El defensor de las víctimas está disponible para ayudarle a conocer y a entender sus derechos, ponerlo en contacto con servicios disponibles tales como asistencia psicológica o counseling y para brindarle ayuda en el proceso de solicitar asistencia económica para pagar facturas por atención médica y otros gastos. Debido a que su caso puede implicar la interacción con muchas agencias estatales y locales, el defensor le brindará apoyo y consejos, así como ayuda para entender el sistema legal y cuáles son los próximos pasos en el proceso.

Programa de Asistencia para Compensación de Víctimas

Es posible que usted sea elegible para recibir ayuda económica para pagar los gastos directamente relacionados con el delito (por ejemplo: gastos médicos y de asistencia psicológica o counseling, pérdida de ingresos, pérdida de apoyo o sostén económico, robo de dinero en efectivo, reubicación, funeral o limpieza del lugar de los hechos). Se adjunta un formulario de compensación.

Notificación de liberación del delincuente

Usted se puede inscribir para recibir notificaciones gratuitas, automáticas y confidenciales relativas al/a la delincuente en su caso mientras éste/a se encuentre bajo la supervisión de cárceles del condado, prisiones estatales o libertad condicional estatal. Para obtener más información e inscribirse, llame al 1-866-9PA-SAVIN (1-866-972-7284).

Notificaciones judiciales

Si la oficina del fiscal del distrito ha entablado acciones legales por el delito del que usted

fue víctima y desea recibir notificaciones a medida que el caso avance en el proceso judicial, infórmele a su defensor.

Programa de Confidencialidad del Domicilio

Es posible que usted sea elegible para inscribirse en el Programa de Confidencialidad del Domicilio (por sus siglas en inglés, ACP) si es víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acoso/acecho. Para obtener más información sobre el programa ACP, comuníquese con el programa de servicios de protección a las víctimas de su área o llame al programa ACP al 1-800-563-6399.

Sus derechos como víctima de un delito

- ☐ Usted tiene derecho a recibir información sobre servicios básicos, incluyendo su elegibilidad para recibir asistencia económica.
- ☐ Usted tiene el derecho de aportar información para la toma de decisiones antes y después de dictarse la sentencia, así como con relación a la liberación, libertad condicional, tratamiento en la comunidad y permiso para salir a trabajar del delincuente, entre otros temas.
- ☐ Si el abusador identificado en la orden de Protección contra el abuso (por sus siglas en inglés, PFA) es encarcelado, ya sea por una violación de la orden o por un delito de daños corporales contra una víctima protegida por la orden, usted tiene derecho a recibir la notificación inmediata de su liberación bajo fianza.
- ☐ Usted tiene derecho a conocer los detalles del resultado final de su caso.
- ☐ Usted tiene derecho a ir a todos los procesos judiciales en el juzgado en lo penal acompañado por un miembro de su familia, un defensor de víctimas o una persona de los servicios de apoyo.
- ☐ Usted tiene derecho a ser informado sobre la condición o estado del delincuente, incluyendo su liberación bajo fianza, fuga, liberación y arresto.
- ☐ Usted tiene derecho a recibir ayuda para preparar una declaración de impacto en la víctima, ya sea oral o escrita.

Para obtener más información sobre sus derechos, visite www.pacrimevictims.com o llame a cualquiera de los proveedores locales de servicios de protección a las víctimas mencionados aquí.

Derechos de las víctimas de violencia doméstica

Si usted es víctima de violencia doméstica, tiene el derecho de acudir a los tribunales y presentar una petición para que se le otorgue una orden de protección contra el abuso doméstico de conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23 de los Estatutos Consolidados de Pennsylvania [por sus siglas en inglés, Pa. C.S.], Capítulo 61), la cual puede incluir lo siguiente:

- Una orden que le prohíba al abusador cometer otros actos de abuso.
- Una orden que le exija al abusador abandonar la vivienda donde usted reside.
- Una orden que le impida al abusador ingresar a su lugar de residencia, escuela, negocio o lugar de empleo.
- Una orden que le otorgue a usted o al otro padre/madre la custodia temporal de su(s) hijo(s) o un régimen temporal de visitas.
- Una orden que le exija al abusador pagarles a usted y a los hijos menores de edad la pensión alimenticia/manutención de menores si el abusador tiene la obligación legal de hacerlo.

Mailing Address:

P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Street Address:

3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Phone and Fax Numbers:

(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)

Website: www.pacrimevictims.com

**You may either complete and mail this form to the address listed above
or file online at <https://www.dave.state.pa.us/daveprod>.**

Victims Compensation Assistance Program Short Form

Please read the following before completing this form.

You may be eligible for compensation if:

- The crime occurred in Pennsylvania.
- The crime was reported to the proper authorities within 3 days OR a Protection From Abuse order was filed within 3 days of the crime.
- You cooperate with law enforcement authorities investigating the crime, the courts, and the Victims Compensation Assistance Program in processing the claim.
- The claim is filed within 2 years after the discovery of the crime (there are exceptions when the victim is a child).
- You have paid or owe at least \$100 of any combination of the expenses listed below. If you are age 60 or over, there is no minimum loss requirement.

You may be awarded compensation for:

- | | |
|-----------------------|---|
| • Medical Expenses | • Transportation Expenses |
| • Counseling Expenses | • Childcare |
| • Loss of Earnings | • Home Healthcare Expenses |
| • Loss of Support | • Stolen Cash (If your main source of income is Social Security Retirement, Disability Income, Supplemental Income, Survivor Benefits, Retirement/Pension(s), Disability or Court-Ordered Child/Spousal Support.) |
| • Relocation Expenses | |
| • Funeral Expenses | |
| • Crime-Scene Cleanup | |

An overall maximum award shall not exceed \$35,000; however, certain benefits, such as counseling and crime-scene cleanup, may be paid over and above the maximum. Monetary limits apply to most benefits.

The Program does not cover:

- Pain and suffering.
- Stolen or damaged property (except replacement of stolen or damaged medical equipment).

A claim may be determined ineligible or an award may be reduced if the conduct of the victim contributed to the injury.

Victims Compensation Assistance Program Short Form

Your cooperation with the Program and the submission of complete and accurate information will assist us in processing your claim in a timely manner.

IMPORTANT NOTE: You do not have to wait until the trial is over or all of your bills are received to file a claim. You may file a claim if there is no known offender or if an arrest has not been made.

General instructions for submitting your claim:

- Please print clearly.
- Complete only those sections that apply to your claim.
- Provide an accurate address and a safe phone number where you can be reached during the day.
- Provide as many of the requested documents as you can when filing your claim. You may submit your claim even if you do not have all the required documents. The Program may request additional information once the claim is received.
- Sign the **Acknowledgement and Reimbursement Agreement** and the **Authorization to Obtain Information** sections on the back of the claim form.
- If you would like assistance in filing your claim you may contact the Victim Service Program listed on the back of this form. If no agency is listed, you may contact the Victims Compensation Assistance Program at (800) 233-2339 for assistance.

Please Note: It is important that you inform the Program if you change your address or phone number. To process your claim, we must be able to contact you.

The Victims Compensation Assistance Program is the payer of last resort. This means your award will be reduced by the monies you receive from any other source as a result of the crime, such as insurance, restitution, and civil suit settlements, including monies received for pain and suffering.

We will make every effort to process your claim as quickly and efficiently as possible.

Date claim mailed _____ (keep this page for your information.)

Victims Compensation Assistance Program Short Form

(For Official Use Only) Claim # _____

Please complete this entire section of the form. To process your claim, we must be able to contact you.

Victim Information

☐ Male ☐ Female

Name _____ Date of Birth ____/____/____ SS# _____
Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____
County _____ Safe Daytime Phone _____ Other Safe Phone _____

Claimant Information

If victim is the claimant, write "SAME." If someone other than victim is filing, complete the entire section.

Name _____ Date of Birth ____/____/____ SS# _____
Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____
County _____ Safe Daytime Phone _____ Other Safe Phone _____
☐ Male ☐ Female Relationship to Victim _____

Crime Information

Date of Crime ____/____/____ Date Reported to Police ____/____/____ or Date PFA filed ____/____/____
Was this a crime of domestic violence? ☐ yes ☐ no Did the crime involve a motor vehicle? ☐ yes ☐ no
Did the crime occur at work? ☐ yes ☐ no
Location of crime (street name and number) _____
City _____ State _____ County _____
Police Department _____ Police Incident # _____
Person(s) who committed the crime _____
Briefly describe crime and injuries: _____

Please complete the section(s) for the benefit(s) you are applying for and provide as much of the requested information that you can at this time. The Program may request additional information once the claim is received.

Benefit: Medical/Counseling Expenses

Did you incur medical expenses? ☐ yes ☐ no
Did you incur counseling expenses? ☐ yes ☐ no
Provide itemized medical or counseling bills.
Do you have insurance to cover your medical/
counseling expenses? ☐ yes ☐ no
If **yes**, provide insurance benefit statements showing
payment or rejection of payment for these bills.

Benefit: Funeral Expenses/Loss of Support

Did you incur funeral expenses? ☐ yes ☐ no
Did you receive any monies due to the death? (Veteran's
benefits, life insurance, Social Security) ☐ yes ☐ no
Were you or others financially dependent on the
deceased victim? ☐ yes ☐ no
Provide copies of the itemized funeral bills/receipts and
statements of any benefits received.

Benefit: Loss of Earnings

Did you miss work and lose pay? ☐ yes ☐ no
Dates you missed work ____/____/____ to ____/____/____
Employer's name, address, and phone number:

Doctor's name, address, and phone number who can
verify you missed work because of the crime:

Benefit: Stolen Cash

Did you have money stolen from you? ☐ yes ☐ no
Amount of money stolen \$ _____
One of the following benefits must be your main source
of income to file for stolen cash. Check all that apply.
☐ Social Security Benefit ☐ Retirement/Pension(s)
☐ Disability ☐ Court-Ordered Child/Spousal Support
Provide a copy of your monthly benefit statement for
the month and year of the crime.
Do you have homeowner's/renter's insurance? ☐ yes ☐ no
If **yes**, provide a copy of your insurance declaration page.
Are you required to file IRS tax returns? ☐ yes ☐ no
If **yes**, provide a copy of your most recent tax returns.

Programa de Compensación y Ayuda a las Víctimas

P. O. Box 1167

Harrisburg, PA 17108- 1167

(800) 233-2339

(717) 783-5153

(717) 787-4306 Fax

***El reconocimiento de reembolso y autorización tienen que ser firmado antes de que la reclamación pueda ser procesada.**

En la mayoría de los casos se requieren dos firmas. Si la víctima es mayor de 14 años, el o ella también tiene que firmar y entonces se requieren tres firmas.

RECONOCIMIENTO Y ACUERDO DE REEMBOLSO

Mi firma abajo significa que yo entiendo cada uno de los documentos o puntos de leyes:

El Programa es el que toma la decisión de aprobar mi reclamación. Yo puedo objetar la decisión tomada por el Programa por escrito durante los siguientes 30 días empezando desde el día en que la decisión fue tomada y puedo someter documentación suplementaria. Yo puedo reclamar el reembolso de costos adicionales debido al crimen. Debo verificar la cantidad exacta de mi pérdida antes de que el Programa considere compensarme del Fondo de Compensación a las Víctimas del Crimen. Mi reclamación puede ser denegada si no coopero con el Programa y sus agentes o mantengo una dirección postal válida con el Programa. Si someto una reclamación falsa, esto es una ofensa criminal punible de delito menor como se menciona en la sección 1303 del Acta de Víctimas del Crimen. Si yo fuera a hacer una declaración falsa en esta reclamación con la intención de engañar al Programa, sería considerado una ofensa criminal punible de delito menor como se menciona en 18 PA.C.S. & 4904.

Yo entiendo que el Programa de Compensación a las Víctimas del Crimen es el último recurso de pago. Yo estoy de acuerdo en informar al Programa y devolver al Gobierno cualquier dinero que reciba de cualquier otro recurso como resultado del crimen cometido y de acuerdo a la compensación recibida. Por lo tanto, estoy de acuerdo en devolver cualquier dinero que reciba del acusado, cualquier persona o recurso, que me recompense por el daño causado, incluyendo cualquier compensación por dolor y sufrimiento. Yo también estoy de acuerdo en que si la reclamación es determinada en cualquier momento como un error, falsa o fraudulenta, yo reembolsaré al Programa todo el dinero pagado por el Programa.

Firma del Reclamante

Fecha

***El reconocimiento tiene que ser firmado antes de que la reclamación pueda ser procesada.**

AUTORIZACION

Yo por la presente autorizo, de acuerdo con las regulaciones de privacidad bajo HIPPA, a cualquier hospital, médico o otra persona o institución médica que me haya examinado (nombre de la víctima) _____; cualquier director de funeraria o otra persona que ofreció servicios similares, cualquier empleador de la víctima o del reclamante; policía o agencia gubernamental; incluyendo las autoridades de impuestos Estatal y Federal; cualquier compañía de seguros; o cualquier organización que tenga conocimiento, para proveer a la Oficina de Servicios a las Víctimas, Programa de Compensación y Ayuda a las Víctimas, toda información que posean con relación al incidente que es básico para este reclamo. Copias de esta autorización pueden ser usadas en lugar de la original.

Firma del Reclamante

Fecha

Firma de la víctima (si es mayor de 14 años)

Fecha