



## SOLICITUD DEL PROGRAMA DE TEXAS PARA COMPENSACIÓN A LAS VÍCTIMAS DEL CRIMEN

- Por favor lea las instrucciones en esta página antes de llenar la solicitud. Leer estas instrucciones le ayudará a completar cada sección correctamente.
- Incluya toda la documentación posible. Si tiene copias del reporte policial, la orden de protección con una declaración jurada, las facturas del hospital o del doctor, la tarjeta de seguro médico o la página de declaración de seguro automovilístico (si el delito está relacionado con un automóvil), asegúrese de enviarlas con la solicitud.
- Si necesita espacio adicional en cualquier sección de la solicitud, por favor use una página de papel separada e incluya toda la información requerida.
- Si no tiene estos documentos, no se espere para enviar la solicitud. Envíela en cuanto la llene. Reúna toda la información adicional para que la tenga cuando nos comuniquemos con usted.
- Quédese con esta primera página para que tenga nuestra dirección y número telefónico. Envíe su solicitud llenada a:

Office of the Attorney General  
Crime Victims' Compensation Program (011)  
P.O. Box 12198  
Austin, Texas 78711-2198

- Si su dirección o número de teléfono cambia, es importante que nos lo deje saber. El número telefónico gratis para víctimas, reclamantes y proveedores de servicios es (800) 983-9933. Las personas que llaman desde Austin deben llamar al (512) 936-1200. Por razones de seguridad, el Programa de Compensación a las Víctimas del Crimen por lo general no se comunica con las víctimas a través de correo electrónico. En casos en los que no está en riesgo la seguridad, el programa de CVC puede usar el correo electrónico para informar a la víctima o al reclamante sobre el estado de la solicitud.
- Si necesita ayuda para llenar la solicitud, comuníquese con el Enlace para las Víctimas del Crimen (Crime Victims Liaison) de su agencia local de la ley o con el Coordinador de Asistencia a las Víctimas de la Oficina del Fiscal de Distrito (District Attorney's Victim Assistance Coordinator). El personal de Compensación a las Víctimas del Crimen también está disponible para ayudar por teléfono, o usted puede ir a nuestra página Internet en [www.texasattorneygeneral.gov](http://www.texasattorneygeneral.gov) para obtener más información sobre el programa.

## INFORMACIÓN GENERAL

¿Qué es el Programa de Compensación a las Víctimas del Crimen (CVC)?

- El programa puede dar ayuda financiera a víctimas de delitos violentos para gastos relacionados al crimen que no pueden reembolsar el seguro u otras fuentes.
- El programa es administrado por la Procuraduría General y está comprometido a ayudar a las víctimas y reclamantes elegibles. Esta información es proporcionada como información general. El programa es gobernado por los requisitos de la Ley de Compensación a las Víctimas del Crimen (Código de Procedimiento Penal de Texas, Capítulo 56) y las normas establecidas en el Título 1 del Código Administrativo de Texas, Parte 3, Capítulo 61.
- El dinero en el Fondo de Compensación a las Víctimas del Crimen proviene de cuotas que pagan las personas que han sido encontradas culpables de un crimen.

### **¿Cuáles son los requisitos básicos de elegibilidad para recibir beneficios del Programa de Compensación a las Víctimas?**

- La víctima debe vivir en Texas, vivir en Estados Unidos y haber sido víctima al encontrarse en Texas, un residente de Texas que fue víctima en un estado o país que no cuenta con un fondo de compensación a las víctimas, o ciertas otras personas.
- El crimen debe ser reportado ante las autoridades de ley estatales o locales apropiadas dentro de un plazo de tiempo razonable.
- La víctima o reclamante debe cooperar con los oficiales de ley en la investigación y el procesamiento del caso.

### **¿Quién podría calificar para recibir beneficios del Programa de Compensación a las Víctimas del Crimen?**

- La víctima de un crimen violento que sufre daño físico o mental como resultado directo del crimen.
- Las personas que dependen de la víctima, sus parientes o miembros de la familia que califican como reclamantes bajo la ley.
- Una persona autorizada por la víctima para actuar en nombre de la víctima.

### **¿Quién no califica para recibir beneficios del Programa de Compensación a las Víctimas del Crimen?**

- El ofensor, un cómplice del ofensor o cualquier persona involucrada en actividad ilícita en el momento del crimen.
- Cualquier persona lesionada como resultado de un accidente de vehículo motorizado, salvo bajo ciertas circunstancias que indica la ley.
- Se pueden reducir o negar los beneficios si el comportamiento de la víctima o reclamante contribuyó al crimen.
- Cualquier persona que estaba en la cárcel cuando ocurrió el crimen.
- Cualquier víctima o reclamante que con conocimiento o intencionalmente presenta, o hace que se presente, información falsa o falsificada al Programa de Compensación a las Víctimas del Crimen.

### **¿Cuáles gastos podrían ser cubiertos por los beneficios del Programa de Compensación a las Víctimas del Crimen?**

- Gastos médicos y funerarios razonables y necesarios.
- Viajes a más de 20 millas de distancia para participar o asistir a servicios de funeral, citas médicas y citas de justicia penal.
- Pérdida de ingresos como resultado de la discapacidad de la víctima.
- Pérdida de ingresos por asistir a citas relacionadas a la investigación, judiciales o médicas.
- Pérdida de sustento económico a personas que dependen de la víctima, como resultado de la muerte de la víctima o si la víctima las estaba manteniendo al momento del crimen.
- Atención psiquiátrica o consejería
- Consejería para la víctimas y reclamantes elegibles.
- Anteojos, audífonos, dentaduras o aparatos prostéticos, si resultaron dañados o son necesarios como resultado del crimen.
- Limpieza de la escena del crimen.
- Reemplazo de bienes decomisados como evidencia o que quedan inservibles como resultado de la investigación.
- Nuevos gastos como resultado del crimen para el cuidado de un menor o adulto que dependan de la víctima.
- Gastos de renta y mudanza que se pagan una sola vez a víctimas de violencia familiar o agresión sexual que ocurrió en su domicilio.
- Honorarios razonables de abogados por asistencia en presentar la solicitud del Programa de Compensación a las Víctimas del Crimen.

### **¿Cuáles gastos no están cubiertos por los beneficios del Programa de Compensación a las Víctimas del Crimen?**

- Daños, reparación o pérdida a bienes o vehículos.
- Daños por dolor, sufrimiento o angustia emocional.
- Cualquier gasto que no es resultado directo del crimen.

### **¿Quién es el pagador de última instancia?**

- Toda otra fuente disponible (por ejemplo, Medicare, Medicaid, seguro de salud personal, compensación de trabajadores y pagos bajo acuerdo judicial) deben cumplir sus obligaciones legales de pagar los gastos relacionados al crimen.
- El Programa de Compensación a las Víctimas del Crimen debe recibir aviso antes de que se presente una demanda civil en relación al crimen, si la corte penal ordena pago de indemnización, o si cualquiera de las partes recibe pago bajo un acuerdo judicial.
- El Programa CVC es considerado como el último recurso para pagar compensación.

### **Pago de los Exámenes Médicos Forenses de Agresión Sexual**

- El Programa CVC reembolsa a las agencias de ley o DPS directamente por el costo incurrido por tales exámenes. No se requiere que una víctima de agresión sexual presente una solicitud de CVC para reembolso del costo de un examen médico forense de agresión sexual. El Programa CVC no reembolsa a las víctimas directamente por el costo de los exámenes médicos forenses de agresión sexual.
- Si la víctima de una agresión sexual reporta el presunto crimen ante una agencia de ley, tal agencia de ley puede solicitar un examen médico forense de agresión sexual y pagar todo el costo del examen. Si la víctima de una agresión sexual ha reportado la agresión ante las autoridades de ley y requiere tratamiento médico, la víctima debe presentar esta solicitud ante el Programa de CVC para recibir reembolso de esos gastos.
- Si la víctima recibe un examen médico forense de agresión sexual, pero escoge no reportar el presunto crimen ante una agencia de ley, el Departamento de Seguridad Pública pagará todo el costo del examen. CVC solo puede pagar por otros gastos relacionados al crimen si la víctima reporta el crimen ante las autoridades de ley.

# SOLICITUD DEL PROGRAMA DE TEXAS PARA COMPENSACIÓN A LAS VÍCTIMAS DEL CRIMEN



CVC Official use only – VC# \_\_\_\_\_ Application Received \_\_\_\_\_

**POR FAVOR LLENE TODAS LAS SECCIONES O PUEDE HABER RETRASOS AL TRAMITAR SU SOLICITUD. Información en este reclamo es confidencial y no será divulgada a otra persona a menos que tal persona sea nombrada como reclamante o si es requerido por ley.**

¿Cuál idioma prefiere la víctima o reclamante?     Inglés     Español     Otro \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 1-INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA:** La víctima es la persona que fue lesionada o murió como resultado del crimen. Si la víctima es un menor o ha fallecido, la información del reclamante en la Sección 3 DEBE ser llenada. Si hay más de una víctima, cada víctima debe presentar una solicitud separada.

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	
Dirección de Correo	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de Casa	Teléfono de Trabajo	Teléfono Celular	

Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social:     No     Sí    Si marcó sí: \_\_\_\_\_

Número de Identificación de Impuestos:     No     Sí    Si marcó sí: \_\_\_\_\_

Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de Nacimiento	Si ha fallecido la víctima, fecha cuando falleció: Mes                      Día                      Año
---	---------------------	---

**SECCIÓN 2-INFORMACIÓN DEL CRIMEN:** Usted debe llenar esta sección o su solicitud no puede ser tramitada.

Indique los tipos de crimen.     Agresión Sexual de Adulto     Agresión con Agravante     Agresión (No-familiar)  
 Abuso Físico de Niño     Agresión Sexual de Niño     Crimen Vehicular/DWI     Abuso de Anciano     Violencia Familiar  
 Homicidio     Tráfico y trata de humanos     Secuestro     Robo     Acoso     Otro

Fecha del Crimen	Agencia de Ley (ej. policía, sheriff) <input type="checkbox"/> Ninguno	Número del Reporte de Policía (si lo sabe)	
Ubicación del Crimen: Dirección	Ciudad	Estado	Condado

Nombre del presunto sospechoso (si se conoce)	Relación del sospecho a la víctima (si existe alguna)
---	---

¿Ha sido arrestado el sospechoso? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No lo sé	¿Se han presentado cargos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No lo sé
---	--

Número de causa (si lo conoce) \_\_\_\_\_

Descripción breve del crimen \_\_\_\_\_

Descripción breve de lesiones (si tiene alguna) \_\_\_\_\_

Si este es un crimen de violencia intrafamiliar, ¿ha obtenido una orden de protección permanente?     No     Sí

Si este es un crimen de violencia intrafamiliar, ¿hay incidentes anteriores reportados ante los oficiales de ley?     No     Sí

**SECCIÓN 3-INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE:** El reclamante es la persona, que no es la víctima, con gastos de bolsillo que son resultado directo del crimen, es miembro(s) inmediato de la familia de la víctima que requiere Tratamiento Psiquiátrico o Consejería como resultado del crimen o es alguien con autoridad legal para actuar en nombre de la víctima. CVC no puede hablar sobre un reclamo con personas que no están en la lista de reclamantes. Si hay más reclamantes, por favor nómbrelos en una página separada e incluya toda la información requerida.

**Reclamante 1**

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	
Dirección de Correo	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de Casa	Teléfono de Trabajo	Teléfono Celular	
Dirección de Correo Electrónico			
Número de Seguro Social: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si marcó Sí:			
Número de Identificación de Impuestos: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si marcó Sí:			
Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de Nacimiento	Relación a la Víctima	

**Reclamante 2**

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	
Dirección de Correo	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de Casa	Teléfono de Trabajo	Teléfono Celular	
Dirección de Correo Electrónico			
Número de Seguro Social: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si marcó Sí:			
Número de Identificación de Impuestos: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si marcó Sí:			
Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de Nacimiento	Relación a la Víctima	

**Reclamante 3**

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	
Dirección de Correo	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de Casa	Teléfono de Trabajo	Teléfono Celular	
Dirección de Correo Electrónico			
Número de Seguro Social: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si marcó Sí:			
Número de Identificación de Impuestos: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si marcó Sí:			
Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de Nacimiento	Relación a la Víctima	

**SECCIÓN 4-ATENCIÓN MÉDICA:** Cuidado médico razonable y necesario para la víctima como resultado directo del crimen. El seguro médico y plan de beneficios DEBEN cumplir con su obligación legal de pagar gastos relacionados al crimen.

**INFORMACIÓN MÉDICA DE LA VÍCTIMA**

¿La víctima necesitó atención médica cuando ocurrió el crimen? No Sí

1. Nombre del primer hospital/clínica/doctor que atendió a la víctima:

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------	--------	--------	---------------

¿Al ser dada de alta del hospital o clínica, la víctima tuvo necesidad de tratamiento médico adicional o buscó cualquier otra atención médica? No Sí

2. Nombre del proveedor de cuidado médico que atendió las lesiones de la víctima relacionadas al crimen:

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------	--------	--------	---------------

Teléfono	Fax
----------	-----

3. Nombre del proveedor de cuidado médico que atendió las lesiones de la víctima relacionadas al crimen:

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------	--------	--------	---------------

Teléfono	Fax
----------	-----

**INFORMACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD DE LA VÍCTIMA**

¿Era la víctima una persona con una discapacidad?  
No Sí Si marcó Sí, fecha de la discapacidad

¿La discapacidad era Física Mental las dos?  
Si marcó Sí, descríballo:

¿La víctima tiene una nueva discapacidad debido al crimen?  
No Sí Si marcó Sí, descríballo:

**SEGURO DE LA VÍCTIMA**

¿La víctima tenía un seguro o plan de beneficios para cubrir gastos médicos cuando ocurrió el crimen? No Sí

¿La víctima tiene seguro o plan de beneficios para gastos médicos a partir de la fecha de esta solicitud? No Sí

Nombre de Compañía de Seguro Médico/Plan de Beneficios	¿Ha presentado una solicitud ante el Medicaid o Medicare desde que ocurrió el crimen? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
--	---

¿Si hay lesiones dentales relacionadas al crimen, tiene la víctima seguro dental? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si contestó Sí, nombre de la Compañía de Seguro Dental de la víctima:
---	---

¿Fue involucrado un automóvil en el crimen? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si contestó Sí, nombre del Seguro de Automóvil
---	--

¿Fue la víctima el chofer del automóvil? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No lo sé Si marcó Sí, tiene seguro de automóvil? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No lo sé	Nombre del Seguro de Automóvil de la víctima
---	--

¿Tenía seguro de automóvil el dueño del automóvil involucrado en el crimen? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No lo sé	Nombre del Seguro de Automóvil del dueño
---	--

¿El sospechoso era chofer del automóvil? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No lo sé Si marcó Sí, tiene Seguro de Automóvil? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No lo sé	Nombre del Seguro de Automóvil del sospechoso
---	---

¿Hay ayuda adicional disponible a la víctima de: <input type="checkbox"/> Compensación a Trabajadores <input type="checkbox"/> Seguro de Discapacidad <input type="checkbox"/> Ayuda de Seguro Social <input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos <input type="checkbox"/> Otro _____	¿Ha presentado un reclamo de seguro o cualquier otra solicitud de ayuda adicional relacionada a este crimen? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
---	---

**SECCIÓN 5-TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO/CONSEJERÍA:** Disponible a la víctima y/o a ciertos reclamantes. Por favor indique quién ha recibido o recibirá tratamiento psiquiátrico/consejería debido al crimen.

Nombre	Seguro Médico/Mental <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si marcó Sí, Nombre de la Compañía de Seguro
Nombre	Seguro Médico/Mental <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si marcó Sí, Nombre de la Compañía de Seguro
Nombre	Seguro Médico/Mental <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si marcó Sí, Nombre de la Compañía de Seguro

**SECCIÓN 6-INGRESOS PERDIDOS:** Incluye reembolso por ingresos perdidos como resultado de tratamiento médico o participación en, o asistencia a, los procesos de investigación, fiscales y judiciales. CVC se comunicará con su empleador.

**Información de Empleo de la Víctima**

¿La víctima busca recuperar ingresos perdidos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		¿Estaba empleada la víctima el día del crimen? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Nombre del Empleador	Teléfono	Fax	Profesión/Título de la Víctima
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
¿La víctima trabajaba por su propia cuenta cuando ocurrió el crimen? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿El crimen ocurrió mientras trabajaba la víctima? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Última fecha que trabajó	Fecha cuando regreso al trabajo

**Información de Empleo del Reclamante**

Nombre del Reclamante que busca recuperar ingresos perdidos. Si hay reclamantes adicionales, por favor nombrellos en una página separada e incluya toda la información requerida.

Nombre del Empleador	Teléfono	Fax	Profesión/Título del Reclamante
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

¿El reclamante trabaja por su propia cuenta?  No  Sí

**SECCIÓN 7-MANUTENCIÓN PERDIDA:** Disponible para personas que dependen del sustento económico de la víctima y que han perdido manutención como resultado del crimen. Toda persona que depende de la víctima debe ser nombrada como Reclamante en esta solicitud.

Nombre(s)

---



---

**SECCIÓN 8-MUDANZA:** Disponible a víctimas de violencia intrafamiliar o agresión sexual que fueron agredidas en el domicilio de la víctima. Por favor indique los miembros adultos que vivían en el domicilio de la víctima cuando ocurrió el crimen.

Haga una lista con los nombres de todos los adultos que viven en el domicilio:

---



---

**SECCIÓN 9-FUNERAL:** Incluye gastos de funeral y entierro incurridos como resultado del crimen. Por favor adjunte una copia del contrato(s) de funeral y entierro (si los tiene disponible).

Nombre de la Casa Funeral	Teléfono

**SECCIÓN 10-VIAJES RELACIONADOS AL CRIMEN:** Incluye viajes de más de 20 millas en una sola dirección para participar y asistir a servicios de funeral, citas médicas incluyendo tratamiento psiquiátrico/consejería y procedimientos de justicia penal. Esto aplica a la Víctima o Reclamante(s). Por favor nombre a la víctima o reclamante(s) que está solicitando gastos de viaje.

Nombre(s)

---



---

**SECCIÓN 11-LIMPIEZA DE LA ESCENA DEL CRIMEN:** Incluye servicios profesionales de limpieza de la escena del crimen. No incluye la reparación o reemplazo de propiedad dañada. Presente una factura de la compañía de limpieza profesional (si la tiene disponible).

¿Busca obtener compensación de una compañía de seguro? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No lo sé	Si marcó Sí, cuál es el nombre de la Compañía de Seguro de Hogar/Arrendatario?
---	--

**SECCIÓN 12-CUIDADO DE NIÑOS MENORES O DEPENDIENTES:** Disponible para cuidado de niños menores o personas que dependen de la víctima cuyo nuevo gasto surgió como resultado del crimen. El cuidado debe ser proporcionado por un proveedor de cuidado con licencia.

¿Es un nuevo gasto el cuidado de niños o dependientes?     No     Sí

**SECCIÓN 13-REEMPLAZO DE BIENES DECOMISADOS:** Disponible para ropa, sábanas, o artículos decomisados por oficiales de ley como evidencia o que quedaron inservibles resultado de la investigación penal. Esto NO cubre artículos dañados o robados.

Artículos	Valor del Artículo

**SECCIÓN 14-INFORMACIÓN PARA EL DEPARTAMENTO DE JUSTICIA:** La siguiente información voluntaria se utiliza solo para propósitos estadísticos para cumplir con normas federales.

¿Cuál es el grupo étnico de la víctima?     Indio Americano o Nativo de Alaska     Áfrico-Americano     Hispano  
 Blanco     Asiático o Isla del Pacífico     Otro \_\_\_\_\_

¿Cuál es el país de origen de la víctima (país donde nació)? \_\_\_\_\_

¿Cómo supo del Programa de Compensación a las Víctimas del Crimen?  
 Anuncio de Servicio Público     Personal del CVC     Grupo de Apoyo     Programa de Ayuda a Víctimas  
 Cartelera     Folleto     Hospital     Autoridades de Ley     Internet     Otro \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 15-INFORMACIÓN DEL ABOGADO:** Esta sección se refiere a la representación de un abogado que ayudó a la víctima o reclamante a presentar la solicitud de Compensación a las Víctimas del Crimen o una acción legal civil por daños monetarios. Esto NO incluye la representación de un abogado para custodia de niños, divorcio, trámites de inmigración o procesamiento penal (Oficina del Fiscal de Distrito o de Condado).

¿Ha contratado o pagado a un abogado para: Ayudar a la víctima o reclamante a llenar esta solicitud de Compensación a las Víctimas del Crimen?     No     Sí  
 Si marcó Sí, por favor adjunte una carta de representación.

¿Ha contratado o pagado a un abogado para: Representar los intereses de la víctima o reclamante al dar seguimiento a una acción legal civil contra el sospechoso/ofensor o en un reclamo de seguro relacionado a este crimen?     No     Sí  
 Si marcó Sí, por favor adjunte una carta de representación.

Primer Nombre del Abogado		Apellido del Abogado	
Dirección de Correo	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono		Fax	

**SECCIÓN 16-INFORMACIÓN DE UNA DEMANDA U OTRO ACUERDO**

¿Es la víctima o reclamante parte de una demanda o seguro u otro tipo de acuerdo relacionado a este crimen?     No     Sí     No lo sé

¿Ha recibido la víctima o reclamante pago de seguro o cualquier otro tipo de fondos de un acuerdo con terceros relacionado a este crimen?  
 No     Sí     No lo sé    Si marcó Sí, por favor adjunte una declaración de la entrega de pagos bajo el acuerdo.

**SECCIÓN 17-AYUDA CON ESTA SOLICITUD**

¿Recibió ayuda para llenar este formulario de solicitud?     No     Sí

Nombre	Título
Agencia/Organización	
Ciudad	Estado/Código Postal
Teléfono	Correo Electrónico

# IMPORTANTE DECLARACIÓN JURADA

***Esta autorización es parte de su solicitud y debe ser completada y firmada para que sea tramitada.***  
**AL FIRMAR ABAJO USTED SE CONFORMA A LOS SIGUIENTES TÉRMINOS.**

**Autorización para Divulgar Información.** Por medio de la presente autorizó a cualquier institución financiera, agencia de servicio social, agencia gubernamental, hospital, médico, instalación de salud mental, consejero, psicólogo, psiquiatra, empleador, asegurador o cualquier otra persona con información relevante a mi estado económico, de salud o de empleo para que divulguen información con respecto a esta solicitud para beneficios a los empleados del Programa de Compensación a las Víctimas del Crimen (CVC) de la Procuraduría General, según sea necesario para tramitar esta solicitud. Esta información incluye, pero no es limitada a, información criminal, médica, financiera y de empleo. Una copia de esta autorización firmada será considerada equivalente a la original.

**Acuerdo de Subrogación.** Conforme al Código de Procedimiento Penal de Texas, Artículos 56.61 y 56.52, estoy de acuerdo en dar aviso a CVC por escrito antes de presentar una acción legal contra otra parte como resultado de este crimen. Además estoy de acuerdo en que no aceptaré un acuerdo o resolveré tal acción legal sin autorización previa escrita de CVC. Si recuperé o anticipo recuperar, cualquier cantidad de dinero en cualquier momento, por dictamen, acuerdo, restitución, fuente colateral o cualquier otro ingreso como resultado del incidente por el cual surgió esta solicitud, estoy de acuerdo en dar aviso a CVC. Reconozco que puedo ser responsabilizado por pagarle a CVC cualquier y toda cantidad que CVC me haya pagado a mí.

**Acuerdo de Reembolsar.** Conforme al Código Penal de Texas, Artículo 56.47 (c), comprendo y estoy de acuerdo que la Procuraduría General puede requerir un reembolso de un pago si el pago fue obtenido por fraude o equivocación o si se descubre nueva evidencia demostrando que la víctima o demandante no es elegible para un pago bajo el Código de Procedimiento Penal de Texas, Artículos 56.41 o 56.45.

**Autorización.** Comprendo que la Procuraduría General o su agente o representante de la dependencia, tiene derecho a examinar, investigar y confirmar la información proporcionada. **Comprendo y estoy de acuerdo que si se proporciona información falsa, engañosa o intencionalmente incompleta, mi solicitud para compensación puede ser negada y puedo ser sujeto a sanción penal bajo el Código Penal de Texas y las sanciones civiles y administrativas bajo el Capítulo 56 del Código de Procedimiento Penal de Texas.**

VÍCTIMA	
Nombre en letra de molde	Fecha
Firma	Fecha de Nacimiento

RECLAMANTE	
Nombre en letra de molde	Fecha
Firma	Fecha de Nacimiento