



Washington State Department of
Labor & Industries
Crime Victims Compensation Program
PO Box 44520
Olympia WA 98504-4520

Solicitud de víctimas de crimen para obtener beneficios: reclamos por lesiones

Correo electrónico: CrimeVictimsProgramM@Lni.wa.gov
Fax: 360-902-5333

Visite nuestro sitio web www.Lni.wa.gov/CrimeVictims
para obtener información

Información de la víctima	
Idioma preferido (si no es inglés)	Dirección de correo electrónico
Nombre (nombre completo)	
Número de Seguro Social (optativo)	Número de teléfono
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección postal	
Ciudad	Estado Código postal
Si la víctima es menor de edad, indique el nombre completo del padre/de la madre o del tutor que presenta la solicitud en nombre de la víctima.	
Nombre	Relación
¿Quién está autorizado a llamar al Programa de Compensación para Víctimas de Crimen (Crime Victims Compensation Program, CVCP) en su nombre?	
Nombre	Relación
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico

Información adicional	
¿Cómo se enteró del CVCP? Marque la casilla que corresponda.	
<input type="checkbox"/> Policía/Organismo de cumplimiento de la ley	<input type="checkbox"/> Fiscalía <input type="checkbox"/> Intercesor del Programa de Atención a Víctimas
<input type="checkbox"/> Servicio para víctimas y testigos	<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Proveedor de cuidado de la salud
<input type="checkbox"/> Otro:	
¿Cuál es su estado civil? Marque la casilla que corresponda.	
<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado
¿Cuál es su país de origen?	
¿A qué grupo étnico pertenece? Marque la casilla que corresponda.	
<input type="checkbox"/> Afroestadounidense	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico
<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Nativo de las islas del Pacífico
<input type="checkbox"/> Otro:	
¿Sufre de alguna discapacidad?	¿El crimen le causó la discapacidad?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
La discapacidad es:	
<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Ambas
¿Qué beneficios solicita?	
<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Pérdida de salario

Información sobre el crimen		
NOTA: El crimen debe ser denunciado ante un organismo policiaco		
Fecha del incidente (dd/mm/aaaa)	Fecha de la denuncia (dd/mm/aaaa)	Hora a la que ocurrió el incidente <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.
Dirección del lugar del crimen		
Ciudad	Estado	Código postal
¿El crimen ocurrió en el trabajo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
¿Ante qué organismo de cumplimiento de la ley lo reportó?		
Marque la casilla que corresponda: <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Patrulla del estado de Washington <input type="checkbox"/> Oficina Federal de Investigaciones <input type="checkbox"/> Alguacil <input type="checkbox"/> Policía tribal		
Nombre del agente de policía	Número de teléfono	Número de denuncia
Tipo de crimen <input type="checkbox"/> Asalto <input type="checkbox"/> Confinamiento civil <input type="checkbox"/> Conducción de vehículo bajo los efectos del alcohol (DUI) <input type="checkbox"/> Incapacidad de asegurar la carga <input type="checkbox"/> Abuso sexual <input type="checkbox"/> Violencia doméstica <input type="checkbox"/> Agresión con un vehículo <input type="checkbox"/> Robo/Hurto		
Breve descripción del crimen		
Arma que se utilizó	Parte del cuerpo lesionada	Nombre del criminal
¿El criminal vivía con usted cuando ocurrió el incidente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Si alguna vez se vio involucrado en un proceso judicial de confinamiento civil de un depredador sexual violento, ¿cuándo se comunicaron con usted por el proceso judicial?		
Fecha	Quién se comunicó con usted	Número de teléfono
¿Presentó o tiene pensado presentar una demanda civil? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe		

Información del abogado	
¿Cuenta con un abogado que lo represente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Si tiene un abogado que lo represente, marque la casilla que corresponda: <input type="checkbox"/> El abogado me representa por un reclamo por lesión personal (seguro para automóvil) o por una demanda. <input type="checkbox"/> El abogado me representa tanto por un reclamo como víctima de crimen como por un reclamo por lesión personal (seguro para automóvil) o por una demanda.	
NOTA: Si el abogado lo representa en su reclamo como víctima de crimen, toda la correspondencia departamental se dirigirá a su abogado.	
Nombre del abogado	
Dirección de correo electrónico	Número de teléfono
Dirección	
Ciudad	Estado
Código postal	

Información sobre el proveedor

Si ya fue atendido por un proveedor de atención médica u otro proveedor, o si está completando este formulario en un consultorio u hospital, pídale al profesional médico que lo atiende que complete la sección a continuación.

Nombre del proveedor	Número de proveedor de L&I del proveedor	
Nombre de la instalación	Número de teléfono	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Fecha en la que el paciente fue tratado por primera vez por la lesión consecuencia del crimen		
Códigos de diagnóstico		
Descripción de la lesión		
¿El paciente deberá ausentarse del trabajo a causa de las lesiones? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Pérdida de salario certificada		
Desde:		Hasta:

Firma del proveedor

Fecha

Autorización para divulgar información confidencial**NOTA: La víctima o el tutor legal deben firmar este formulario para que sea válido.**

Por el presente autorizo a cualquier hospital, médico, director de funeraria u otra persona que haya brindado servicios; a cualquier empleador de la víctima; a cualquier organismo de cumplimiento de la ley u otro organismo del gobierno, incluso los servicios estatales y federales; a cualquier empresa aseguradora o cualquier otro organismo con el conocimiento necesario para determinar la elegibilidad de este reclamo de beneficios, que proporcionen al Programa de Compensación para Víctimas de Crimen o a sus representantes toda la información y los documentos, entre otros, que generaron ellos mismos y terceros en relación, específicamente, con este reclamo. Es posible que se requiera información adicional para determinar si las afecciones están relacionadas con el crimen. Entiendo que esto puede incluir resultados de pruebas de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual y de tratamiento psiquiátrico, para alcoholismo o drogas.

Entiendo que si recupero alguna de mis pérdidas mediante la indemnización impuesta por el tribunal o la demanda civil en contra del criminal, si recibo el pago del seguro o recibo dinero de cualquier organismo privado o del gobierno, tendré que reembolsarle al Programa de Compensación para Víctimas de Crimen del estado de Washington cualquier compensación que se haya pagado en este reclamo.

Al firmar el presente, certifico bajo pena de perjurio y de conformidad con las leyes del estado de Washington que lo que antecede es verdadero y correcto.

Si la víctima es menor de edad, debe firmar el padre o tutor legal. Si usted es el tutor legal, envíe al Programa de Compensación para Víctimas de Crimen una copia de la documentación de la tutela.

 Nombre en letra imprenta

 Firma

 Fecha
Note to Medical Providers:

RCW 7.68.145: Release of information in performance of official duties.

Notwithstanding any other provision of law, all law enforcement, criminal justice, or other governmental agencies, or hospital; any physician or other practitioner of the healing arts; or any other organization or person having possession or control of any investigative or other information pertaining to any alleged criminal act or victim concerning which a claim for benefits has been filed under this chapter, shall, upon request, make available to and allow the reproduction of any such information by the section of the department administering this chapter or other public employees in their performance of their official duties under this chapter.

Your disclosure of this information is allowed under the Health Insurance Portability and Accounting Act (HIPAA). This disclosure is required by Washington State law. You may disclose health information under HIPAA without an authorization if that disclosure is required by law, 45 CRF § 164.512(a). Also, since your disclosure is required by law it is not subject to HIPAA's minimum necessary standard, 45 CFR § 164.502(b)(2)(v).