

COMISIÓN NUEVO MEXICANA DE INDEMNIZACIÓN PARA VÍCTIMAS DE CRÍMENES
(New Mexico Crime Victims Reparation Commission)



Usted puede calificar para ayuda financiera de la **Comisión Nuevo Mexicana de Indemnización Para Víctimas De Crímenes**, si usted contesta “SI” a las siguientes seis preguntas:

1. ¿Ha sido usted víctima de un crimen violento?
2. ¿Sucedio el crimen en Nuevo México?
3. ¿Se reportó el crimen a una agencia policial dentro de treinta días? (Excepto para los niños, víctimas de asalto sexual y víctimas de violencia doméstica)
4. ¿Ocurrió el crimen en los últimos dos años?
5. ¿Cooperó Ud. completamente con la agencia policial?
6. ¿Tiene gastos a causa del crimen?

Si usted contesto “SI” a todas las preguntas, por favor llene la aplicación anexa y envíela por correo a la dirección que aparece abajo. Si necesita ayuda para llenar la aplicación, por favor comuníquese con la Oficina del Fiscal de su distrito (District Attorney Office) o la Comisión Nuevo Mexicana de Indemnización Para Víctimas De Crímenes al (505) 841-9432. Usted tiene **dos años** a partir de la fecha del crimen para aplicar a la indemnización. (Hay algunas excepciones respecto al abandono o maltrato de menores, y asalto sexual.)

La cantidad máxima que se puede conceder a una sola aplicación es de \$20,000. Los tipos de gastos que cubrimos incluyen:

- Médicos
- Dentales
- Hospital
- Funerales (**Hasta \$6,000**)
- Consejería
- Anteojos (**Máximo de \$350**)
- Otros gastos médicos.

No hay compensación por pérdida o daño a la propiedad o al dolor y sufrimiento.

Los gastos contraídos como resultado del incidente primero deben de ser sometidos a todas las fuentes colaterales disponibles, por ejemplo como una compañía de seguro, el programa de indigencia, Medicaid y Medicare. Aquellos gastos no cubiertos por las fuentes colaterales serán considerados para pago.

Si usted contestó “NO” a cualquiera de las seis preguntas, por favor contacte la Oficina del Fiscal de su distrito (District Attorney Office) para remitirlo a servicios adicionales.

Comisión Nuevo Mexicana de Indemnización Para Víctimas De Crímenes
8100 Mountain Road N.E. Suite 106
Albuquerque, NM 87110
Teléfono: (505) 841-9432/ Fax: (505) 841-9737/ TTY:841-9498
Toll Free 1-800-306-6262
cvrc@state.nm.us

Comisión Nuevo Mexicana de Indemnización para Víctimas de Crímenes

NEW MEXICO CRIME VICTIMS REPARATION COMMISSION

Teléfono: (505) 841-9432 Fax: (505) 841-9437

NO USE LAPIZ

Page 1 of 3

SECCION I: Datos de la Víctima		Nombre de la Víctima:			Teléfono: ()	
Domicilio:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Celular: ()	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento: / /	Edad cuando ocurrió el crimen:	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a		Seguro Social: / /	
Dependientes: (Nombre/Edad):			Dirección de Correo Electrónico:			

Está la Víctima: <input type="checkbox"/> Muerta (entregue acta de defunción) <input type="checkbox"/> Discapacitada (entregue poder legal) <input type="checkbox"/> O Menor de Edad Si contesto si a una o mas de estas preguntas llene la sección II
--

SECCION II: Datos del demandante		Nombre del demandante:		Relación a la víctima:	
Fecha de Nacimiento: / /	Seguro Social: / /	Dirección de Correo Electrónico:		Celular: ()	
Domicilio:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono: ()

SECCION III: Datos del contacto Alguien que no resida con Uds. O el demandante		Nombre del Contacto:			Relación con la víctima:	
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono: ()	

SECTION IV: Información del crimen Incluya reportes de policía		Fecha del crimen: / /	Fecha cuando el crimen fue reportado: / /	Departamento de policía al cual reportó:		
Nombre del policía o detective:		Sitio del crimen (dirección):		Ciudad:	Condado:	
Describa el crimen:		Heridas:		Nombre del sospechoso si lo sabe:		
				¿Está la víctima relacionada al sospechoso? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sí, ¿como? _____		

SECCION V: Pérdidas de Sueldo		Si trabaja por cuenta propia necesita presentar sus impuestos anuales del año pasado y los de este año.				
¿Perdió la víctima tiempo de trabajo debido a las lesiones causadas por el incidente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
¿Está la víctima solicitando por pérdidas de sueldo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
Lugar de trabajo durante el incidente: _____		Posición: _____		Teléfono: _____		
Dirección: _____		Ciudad: _____		Estado: _____		Código Postal: _____
¿Perdió el demandante tiempo de trabajo debido a las lesiones causadas por el incidente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
¿Está el demandante solicitando por pérdidas de sueldo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
Lugar de trabajo durante el incidente: _____		Posición: _____		Teléfono: _____		
Dirección: _____		Ciudad: _____		Estado: _____		Código Postal: _____

Comisión Nuevo Mexicana de Indemnización para Víctimas de Crímenes

NEW MEXICO CRIME VICTIMS REPARATION COMMISSION

SECCION VI: GASTOS FUNERARIOS					Casa Funeraria:					
Fecha de defunción: / /			Nombres en el contrato funerario:			Costo de entierro:				
Dirección de la casa funeraria:				Ciudad:		Estado	Código Postal:		Teléfono: ()	

SECCION VII: SEGURO (Aseguranza)					¿Tiene seguro? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
Portador de la póliza:			Seguro social del portador de la póliza: / /		Número de Póliza:		Teléfono del seguro: ()			
Compañía de seguro:			Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código Postal:		

Si el incidente involucro un accidente de automóvil, por favor presentar la siguiente información.

Seguro de carro de la victima:			Número de Póliza:		Teléfono del seguro:					
Dirección:			Cuidad:			Estado:		Código Postal:		

SECCION VIII: RECURSOS ADICIONALES					Por favor indique si algunos de los siguientes recursos pueden cubrir por sus gastos.				
1) MEDICARE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					2) SERVICIOS DE SALUD INDIGENAS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
3) SEGURO DE INCAPACIDAD: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					4) SEGURO SOCIAL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
5) MEDICAID: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					6) COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
7) FONDOS INDIGENTES: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					8) BENEFICIOS PARA VETERANOS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
9) RECURSOS DE EMERGENCIA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					10) SEGURO DE PROPIETARIO O INQUILINO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
11) ¿Recibió la victima pagos, donaciones o llego a un acuerdo con algun seguro debido al incidente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					Por favor escriba la fuente y cantidad: Fuente: _____ \$ _____				

SECCION IX: GASTOS DE SALUD MEDICA, DENTAL Y MENTAL					Ud. debe presentar información de seguro a todos los proveedores.				
					¿Ha presentado esta información? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
Nombre del proveedor/hospital					Dirección y numero telefónico del proveedor:				

Si es necesario, añada páginas adicionales. Por favor presente copias de facturas, recibos o cheques cancelados.

SECCION X: INFORMACION DE DEMANDA CIVIL					Si recibe un arreglo, Ud. tiene que rembolsar la cantidad prestada a CVRC				
¿Ha contratado Ud. a un abogado para una demanda civil? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			Nombre del abogado:		Teléfono: ()				
Dirección:			Cuidad:		Estado:		Código Postal:		

SECCION XI: INFORMACION REQUERIDA POR EL GOBIERNO FEDERAL					País natal:				
Grupo étnico de la victima: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático o Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo Americano					¿En dónde ha establecido residencia Nativo Americana en los últimos seis meses?: <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Pueblo <input type="checkbox"/> Reservación <input type="checkbox"/> Ciudad				
Antes del incidente, ¿sufría la victima de alguna incapacidad? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					Describa:				

¿Quién la/o refirió a este programa?
 Agencia policial Departamento de Justicia Hospital Grupos de victimas o testigos Abogados del distrito
 Medio de comunicación (Televisión, Radio, Página de Internet, etc.) Otro _____

INFORMACIÓN SOLAMENTE

AUTORIZACIÓN PARA CEDER INFORMACIÓN

Yo prometo compensar el NMCVRC, al grado de cualquier reparación me conceden, si restitución esta recuperado del parte del culpable del delito, acción civil, o otro recurso collateral que resulte de este incidente, más futuro, autorizo por este medio el Departamento de Correcciones del Estado de Nuevo Mexico para enviar directamente al NMCVRC cualquier restitución recogida por el Departamento de Correcciones del Estado de Nuevo Mexico del delincuente relacionado con el incidente para el cual recibo reparaciones.

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 Mexico 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 smoertido de Comisión Reparación Crimen Víctimas de Nuevo Mexico por informacion de tipo siguiente, respeto mi empleo: trabajo titulo; días y horas de empleo, proporción de pago, fechas de ausencia, categoría de ausencia, vacación, día de fiesta, tc., y verification beneficios de incapacitar.

De acuerdo con la Sección 29-10-6 A del Ley de Nuevo Mexico sobre Información sobre Records relacionados con el Arresto (Nuevo Mexico Arrest Record Information Act), yo por la presente designo a la Comisión de Nuevo Mexico 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 Mexico. Esta autorización incluye la oficina del Procurador General de los Estados Unidos y la informacion 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 Mexico para la Reparación para las Víctimas del Crimen (Crime Victims Reparation Commission). Una copia de esta forma cediendo información será valida como si fuera el original aunque la copia no tenga mi firma original. Yo por la presente libero a la la persona encargada de los records y a la policía de Nuevo Mexico, al Estado de Nuevo Mexico, o a cualquier otro Departamento de Policía Municipal o del Condado dentro del Estado de Nuevo Mexico, incluyendo cualquiera de sus agentes, empleados o representantes en cualquier capacidad, de todas la 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 Mexico 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 concentimiento 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 informacion de los records del Seguro Social is castigable con una multa de no más de \$5,000 o un año en la carcel.

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 Mexico 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 informacion sobre el test the inmunodeficiencia esta protegido por la ley de Nuevo Mexico (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 revelacion 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 ese informacion se refiere, o de otra forma permitido por la ley”

I, _____

Name (PLEASE PRINT)

have read the foregoing application form before signing it and hereby swear, under oath, that all the information I have given is true and correct.

I promise to repay the NMCVRC, to the extent of any reparation I am awarded if I receive restitution from the offender, monetary recovery from a civil lawsuit (including a judgment or settlement), or other collateral source, such as an insurance company, further, I hereby authorize the NM Corrections Department to directly send to the NMCVRC any restitution collected by the NM Corrections Department from the offender related to the incident for which I received reparations, to the extent of any reparations I am awarded.

Please initial _____

I authorize any hospital, physician, or person who attended, examined, acted as an undertaker, or any person who rendered service, to furnish the New Mexico Crime Victims Reparation Commission, or its representatives, any and all information with respect to personal injury or death.

Please initial _____

I authorize my current and /or previous employer to comply with any request submitted by New Mexico Crime Victims Reparation Commission for information of the following types, concerning my employment: job title(s), days and hours of employment, pay rate(s), dates of absence(s), category of absence(s) (vacation, holiday, etc.), and verification of disability benefits.

Please initial _____

A copy of this release form will be valid as an original hereof even though that copy does not contain an original writing of my signature.

I hereby release the custodian(s) of such records and the Department of Public Safety, the State of New Mexico, or any other Municipal or County Police Department within the State of New Mexico, including any of their agents, employees or representatives in any capacity, from any and all claims of liability or damage of whatever kind or nature, which at any time could result to me, my heirs, assigns, associates, personal representative(s) of any nature because of compliance by said custodian(s) with this Authorization for Release of Information and my request contained herein for this release or because of any use of these records. This release is binding, now and in the future, on my heirs, assigns, associates, or personal representative(s) of any nature.

I also authorize the Social Security Administration to release information about myself to the Crime Victims Reparation Commission for the purposes of collateral source assessment. The information to be released would include all information pertaining to the Social Security Benefits. This consent is indefinite until I withdraw my authorization. I am the individual to whom such records pertain. I understand that any false representation to knowingly and willfully obtain information from Social Security records is punishable by a fine of not more than \$5000.00 or (1) year in prison.

This authorization will have no limitations placed on dates, history of illness or diagnostic and therapeutic information, including any treatment for counseling and/or psychiatric consultation, alcohol and drug abuse.

Please initial _____

I hereby authorize you to disclose my medical records, including, but not limited to, the results of a Human Immunodeficiency Virus Test (HIV), to the New Mexico Crime Victims Reparation Commission. I hereby waive, to the extent specified above, any right to confidentiality as to the results of my HIV test. I understand that disclosure of HIV testing information is protected by the NM Human Immunodeficiency Virus Test Act, NMSA 24-2B-1 et. seq., that my test results will be released only pursuant to the provisions of this Act and that any disclosure of my test results will be made with the following disclosure:

"This information has been disclosed to you from records whose confidentiality is protected by state law. State law prohibits you from making any further disclosure of such information without the specific written consent of the person to whom such information pertains, or as otherwise permitted by law."

Please initial _____

SIGNATURE (Must be 18 years of age & over)

Social Security Number of Person Signing

Print VICTIM'S name

Your relationship to the victim

Date

This box is to be completed by VICTIM ADVOCATE only.	
Name: _____	
Organization: _____	
Phone Number: _____	
Signature: _____	Date: _____