

Reconocimiento y Autorización

Esta autorización es parte de su solicitud y debe ser completada y firmada para procesar esta Esolicitud.

POR SU FIRMA USTED ACEPTA LOS SIGUIENTES TÉRMINOS

Autorización para la divulgación de información: Por la presente autorizo a cualquier institución financiera, agencia de servicios sociales, agencia gubernamental, hospital, médico, centro de salud mental, consejero, psicólogo, psiquiatra, empleador, asegurador o cualquier otra persona con información relacionada con mi situación financiera, de salud o laboral para divulgar información con respecto a esta solicitud de beneficios a los empleados de las Víctimas del Delito de Nuevo México Comisión de Reparaciones, según sea necesario para tramitar esta solicitud. Esta información incluye, pero no se limita, a los médicos criminales (relacionados con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) u otros servicios de salud conductual/ atención psiquiátrica, y tratamiento para el alcohol, abuso de drogas resultados de las pruebas), información financiera y de empleo.

Acuerdo de subrogación: De conformidad con NMSA 1978, Sección 31-22-12 del Crimen Ley de Reparación de Víctimas, acepto notificar a la Comisión antes de presentar una demanda contra otra parte como resultado de este crimen. Si recupero o preveo la recuperación, de cualquier dinero en cualquier momento, por sentencia, liquidación, restitución, fuente de garantía o cualquier otro ingreso como resultado del incidente que dio lugar a esta solicitud, acepto notificar a la Comisión. Yo reconozco que puedo ser responsable de la devolución a la Comisión por todos y cada uno de los cantidades que la Comisión me ha concedido. Por la presente autorizo al Nuevo México Corrections para enviar directamente a la Comisión cualquier restitución Departamento correccional de Nuevo México del infractor relacionado con el incidente por el que recibió reparaciones.

Autorización: Entiendo y acepto que si es falso, engañoso o intencionalmente incompleto información, mi solicitud de compensación puede ser denegada y sancionados penalmente, de conformidad con la NMSA 1978, Sección 31-22-20 del Crimen Ley de Reparación de Víctimas.

VICTIMA	
Nombre:	Fecha de nacimiento:
Firma:	Fecha:

CLAIMANT	
Nombre:	Fecha de nacimiento:
Firma:	Fecha: