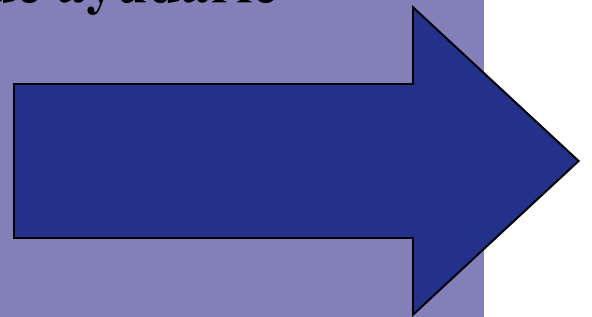
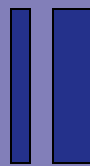




**SI  
EL  
CRIMEN  
LE  
ATAACA...**

**Compensación para Víctimas  
del Crimen puede ayudarle**

**ASÍ**



**Programa de Compensación  
Para Víctimas del Crimen  
Brenna Bird  
Procurador General de Iowa**



**2023**

**APLICACIÓN PARA UNA VICTIMA DEL CRIMEN**  
**(favor de escribir en letra de molde claramente y llenar ambos lados)**

Nombre de la víctima: \_\_\_\_\_ Tipo de crimen: \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_

*\*Nota: El Programa de Comp. para Víctimas del Crimen le manda correo a esta dirección. Si no quiere recibir correo en su domicilio, dénos otra dirección segura.*

Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_  
(para contacto seguro durante el día)

Nombre del Aplicante: \_\_\_\_\_ Su relación con la víctima: \_\_\_\_\_  
(si la víctima es un menor, difunto, o adulto dependiente)

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de la víctima: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ No. de Seguro Social: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (del aplicante)  
No. del padre/madre si la víctima es un menor

Fue el crimen reportado a las autoridades? Si  No  Si fue reportado, fecha de reporte: \_\_\_\_\_

Si no fue reportado, por favor explique brevemente por que: \_\_\_\_\_

Agencia policial a donde reportó el crimen: \_\_\_\_\_ No. Del Caso: \_\_\_\_\_

Ciudad/Lugar del crimen: \_\_\_\_\_ Oficial de Investigación: \_\_\_\_\_

Fecha del Crimen: \_\_\_\_\_ Fecha de Descubrirlo: \_\_\_\_\_

Nombre del sospechoso: \_\_\_\_\_

Describe las heridas: \_\_\_\_\_

**Marque los gastos por los cuales pide compensación:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de sueldos debido a<br>heridas relacionadas con el crimen | <input type="checkbox"/> Consejería para la víctima  |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de sueldos para asistir a corte                           | <input type="checkbox"/> Consejería para esposo(a) , niños, padres,<br>hermanos o personas que viven en el hogar |
| <input type="checkbox"/> Gastos médicos o dentales   | <input type="checkbox"/> Limpieza de la escena del crimen si ocurrió en casa                                     |
| <input type="checkbox"/> Ropa retenida como evidencia                                      | <input type="checkbox"/> Funeral y entierro  |
| <input type="checkbox"/> Reubicación de Emergencia   | <input type="checkbox"/> Costo de seguridad residencial  |
| <input type="checkbox"/> Gastos de cuidado de niños o adultos dependientes                 | <input type="checkbox"/> Gastos de transporte (relacionados con el crimen)                                       |

¿Tiene la víctima niños y/o otros dependientes?  Sí  No

**Si ha perdido sueldos a consecuencia del crimen, favor de llenar la información debajo.**

_____ Nombre del Empleador	_____ Persona de Contacto/No. de Teléfono
_____ Dirección	_____ Ciudad/Estado/Código Postal

**Información de Aseguranza:**  No Tiene Aseguranza  Salud  Medicaid/Medicare

(Marque lo(s) que tiene)  Compensación de trabajador  Auto

Nombre, Dirección y Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_

*La información siguiente es utilizada para propósitos estadísticos. Es necesaria para cumplir regulaciones Federales.*

**Incapacidad:**  Sí  No

**Genero:**  Femenino  Masculino  Otro

**Edad:**  0 – 12 años  13-17 años **Raza:**  Anglo  Americano Nativo  Hispano  Afro-Americano  
 18-24 años  25-59 años  Hawaiano Nativo o Otras Islas del Pacifico  Asiático o Isla del Pacifico  
 60 años o mayor  Múltiples Razas  Otro

¿Quién le refirió?  Policía  Fiscal del Condado  Prensa  Hospital  Servicios de Víctimas  Otro

Si otro, por favor escriba el nombre de la agencia: \_\_\_\_\_

**Para aplicar por internet, visite nuestra pagina [www.iowaattorneygeneral.gov](http://www.iowaattorneygeneral.gov) y haga clic en “For Crime Victims”**

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN**  
*INFORMATION RELEASE*

**Sección I:**

**Debe llenar y firmar esta sección si está buscando compensación de gastos médicos.**

*You must complete and sign this section if you are seeking compensation for medical expenses.*

Haga una lista de los nombres de los doctores, clínicas, hospitales, dentistas, ambulancia, etc. (envíe por correo copias de facturas si están disponibles, utilice más papel para la lista si es necesario).

*List names of doctors, clinics, hospitals, dentists, ambulance, etc. (send bill copies if available, use more paper for list if needed).*

**Nombre**

**Calle, Ciudad, Estado, Código Postal**

**Teléfono**

*Name*

*Address, City, State, Zip*

*Telephone*

Doy permiso a cualquier hospital, clínica, compañía de aseguranza, patrón, persona, o agencia que dé información necesaria, incluyendo documentos médicos y resultados de exámenes los cuales puedan incluir resultados de exámenes de drogas y alcohol, exámenes de VIH y información relacionada a SIDA al Programa de Compensación para Víctimas del Crimen del Departamento de Justicia de Iowa. Esta autorización para revelar información no autoriza documentos protegidos bajo 42 CFR, Código de Iowa Capítulo 228 o sección 141 A.9 del Código de Iowa. Entiendo que la información será utilizada para determinar beneficios de compensación, y que sólo la información necesaria para hacer una decisión acerca de beneficios de compensación será solicitada por el Programa de Compensación. Esta autorización es válida para información que ya existe y cualquier información que esté producida mientras que esta autorización está vigente..

*I give permission to any hospital, clinic, doctor, insurance company, employer, person, or agency to give needed information, including medical records and test results which may include drug and alcohol screens, HIV screening a& AIDS related information to the Crime Victim Compensation Program of the Iowa Department of Justice. This release does not authorize records protected under 42 CER, Iowa Code Chapter 228 or Iowa Code section 141A.9. I understand the information will be used to determine compensation benefits, and that only information needed to make a decision about compensation benefits will be requested by the Compensation Program. This authorization is valid for information already in existence any information generated while authorization is in effect.*

Entiendo que las leyes federales y del Estado de Iowa requieren que el Programa de Compensación mantenga confidencialidad en la información confidencial que reciba. Entiendo que esta autorización para revelar información está valida por un año a partir de la fecha de mi firma y que puedo cancelar esta autorización por escrito al Programa de Compensación en cualquier momento, excepto que información que haya sido recibida y utilizada no es sujeta a cancelación. Entiendo que una fotocopia de este formulario firmado es válida como el original, y que mi firma da el permiso para que se revele toda información detallada en este formulario.

*I understand that Iowa and Federal laws require the Compensation Program to keep any confidential information it receives confidential. I understand this information release is valid for one year from the date of my signature and that I can cancel this release by writing to the Compensation Program at any time, except if any information has already been received and used it is not subject to cancellation. I understand a photocopy of this signed form is as valid as the original, and that my signature gives permission for the release of all information specified in this permission form.*

X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Firma del Apicante (padres o tutor(a) debe firmar si la víctima es menor de edad)**

**ACUERDO DE SUBROGACIÓN Y PAGO**  
*REPAYMENT AND SUBROGATION AGREEMENT*

**Sección II:**

**El formulario tiene que estar firmado para recibir compensación**

*Form must be signed to receive compensation*

Entiendo que las leyes de Iowa requieren que yo contacte y pague al Programa de Compensación si recibo pagos de parte del ofensor, una demanda civil, un programa de aseguranza, u otra agencia del gobierno o privada después de que recibo pago del Programa de Compensación. Consiento en que notificaré al Programa de Compensación si contrato a un abogado que me represente en cualquier acción relacionada con este crimen. Certifico que la información en esta aplicación es verdadera y correcta de acuerdo a mi conocimiento. Entiendo que mi firma significa que estoy de acuerdo con todas las declaraciones especificadas en este acuerdo.

*I understand that Iowa law requires me to repay the Compensation Program if I receive any payment from the offender, a civil lawsuit, an insurance program, or any other government or private agency after I receive payment from the Compensation Program if I receive any payment from the offender, a civil lawsuit, an insurance program, or any other government or private agency after I receive payment from the compensation Program. I also agree to notify the compensation Program if I hire an attorney to represent me in any action related to this crime, I certify the information in this application is true and correct to the best of my knowledge. I understand my signature says I agree to all statements specified in this agreement.*

X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Apicante (padres o tutor(a) debe firmar si la víctima es menor de edad)

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA ESPECIAL**  
*SPECIAL MEDICAL INFORMATION RELEASE*

**Sección III:**

**Debe llenar y firmar esta sección si está buscando compensación de gastos de consejería.**

*You must complete and sign this section if you are seeking compensation for counseling expenses.*

Para algunas aplicaciones, el Programa de Compensación para Víctimas del Crimen necesita información de consejería para salud mental, tratamiento del abuso de drogas/alcohol y exámenes de VIH e información relacionada a SIDA, incluyendo notas de consejería. El Programa de Compensación mantendrá confidencial esta información.

*For some application the Crime Victim compensation Program will need mental health counseling, drug/alcohol treatment and HIV screening & AIDS related information, including counseling notes. The Compensation Program will keep this information confidential.*

**Haga una lista de nombre de sus proveedores, agencias, o consejeros de salud mental:**

*List names of counselors, agencies, hospitals, clinics or mental health providers this release applies to:*

<b>Nombre</b> <i>Name</i>	<b>Calle, Ciudad, Estado, Código Postal</b> <i>Address, City, State, Zip</i>	<b>Teléfono</b> <i>Telephone</i>
------------------------------	---	-------------------------------------

Yo autorizo específicamente cualquier hospital, clínica, doctor, compañía de aseguranza, agencia o proveedor de salud mental a revelar esta información al Programa de Compensación del Departamento de Justicia de Iowa. Entiendo que la información será utilizada para determinar beneficios de compensación, y que sólo la información necesaria para hacer una decisión será solicitada por el Programa de Compensación. Autorizo específicamente la revelación y re-revelación de esta información confidencial como estipulado en sección IV. Entiendo que esta autorización para revelar información es válida por un año a partir de la fecha de mi firma y que puedo cancelar esta autorización por escrito al Programa de Compensación en cualquier momento, excepto información que haya sido recibida y utilizada no es sujeta a cancelación. Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar la información de salud mental revelada en cualquier momento por contactar el proveedor de salud mental que tiene los documentos. Entiendo que una fotocopia de este formulario es válida como el original, y que mi firma da el permiso para que se revele toda la información detallada en este formulario.

*I specifically authorize any hospital, clinic, doctor, insurance company, agency or mental health provider to release this information, to the Crime Victim Compensation Program of the Iowa Department of Justice. I understand the information will be used to determine compensation benefits, and that only information needed to make a decision about compensation benefits will be requested by the Compensation Program. I specifically authorize disclosure & redisclosure of this confidential information as provided in section IV. I understand this information release is valid for one year from the date of my signature and that I can cancel this release by writing to the Compensation Program at any time, except if any information has already been received and used it is not subject to cancellation. I understand I have a right to inspect the disclosed mental health information at any time by contacting the mental health provider who has the records. I understand a photocopy of this signed form is as valid as the original, and that my signature gives permission for the release of all information specified in this permission form. This authorization is valid for information already in existence and any information generated while authorization is in effect.*

**X** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_  
Firma del Aplicante (padres o tutor(a) debe firmar si la víctima es menor de edad)

**REVELACION DE INFORMACIÓN**  
*REDISCLASURE*

**Sección IV:**

Leyes federales y estatales requieren específicamente que revelación de información relacionada a salud mental, drogas/alcohol, exámenes de VIH y información relacionada a SIDA sea acompañada por la siguiente declaración escrita: Esta información le ha sido revelada a usted de documentos protegidos por las Reglas Federales de Confidencialidad (42 CFR Parte2). Las reglas federales le prohíben a usted que revele esta información en el futuro salvo que tal revelación este permitida expresamente. Por consentimiento escrito de la persona de quien se trata o tal sea permitida por 42 CFR, Parte 2. Una autorización general para revelar información médica u otra NO ES suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de esta información para investigar o proseguir criminalmente a cualquier paciente de abuso de drogas/alcohol (véase el Código de Iowa Capítulo 228 y sección 141 A.9 del Código de Iowa y otras leyes que apliquen).

*Federal and State laws specifically require that any disclosure or redisclosure of mental health, drug/alcohol, HIV screening & AIDS related information must be accompanied by the following written statement: This information has been disclosed to you from records protected by Federal Confidentiality Rules (42 CFR Part 2). The federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. The federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any drug/alcohol abuse patient. (See also Iowa Code Chapter 228 and Iowa code section 141A.9 and other applicable laws).*

## ¿PREGUNTAS FRECUENTES

El Programa de Compensación para Víctimas del Crimen ayuda a víctimas con gastos relacionados con daños de un crimen. Los gastos del programa son pagados completamente por multas y penalidades criminales, y no por los que pagan impuestos en Iowa.

1. No necesitas una abogada para aplicar.
2. El programa paga ciertos gastos de bolsillo relacionados con las heridas de una víctima elegible de un crimen en Iowa.
3. es financiado completamente por multas y sanciones pagados por los delincuentes, y no con los fondos de impuestos pagados por el público.
4. El programa es el pagador de último recurso después del seguro, otros programas de gobierno y otras fuentes financieras.
5. La determinación de elegibilidad puede tomar hasta ocho semanas
6. Para las víctimas elegibles, el programa pagará los beneficios después de recibir toda la verificación requerida.
7. El programa no cubre delitos contra la propiedad, pérdida de propiedad, gastos legales o dolor y sufrimiento
8. El programa cobra la restitución del delincuente solo después de que se pague la restitución adeudada a la víctima.
9. La restitución no se cobra a un delincuente si el colección podría causar peligro o dificultad a la víctima.

## ¿QUIÉN PUEDE RECIBIR AYUDA?

- Víctimas quienes han sido lastimadas físicamente o emocionalmente debido a un crimen en Iowa.
- Víctimas que han sido lastimadas en crímenes
- (de vehículo o barco) conductores bajo la influencia de drogas o alcohol, choque y huida del lugar del crimen, conducción temeraria, homicidio vehicular, o el uso de un vehículo como un arma, si por carro o barco.
- Esposo(a) de la víctima, sus hijos, padres, hermanos y personas que viven en el hogar de la víctima cuando el crimen ocurrió.
- Sobrevivientes de una víctima de homicidio.
- Residentes de Iowa lastimados por un crimen violento en un estado o país que no tiene un programa aprobado de compensación.

## ¿COMO APLICAR PARA COMPENSACIÓN PARA VÍCTIMAS DEL CRIMEN...?

1. Llene este formulario
  2. firme las tres autorizaciones
  3. y entréguelo al Programa de Compensación
- También, Puede llenar la solicitud en línea en el enlace [www.iowaattorneygeneral.gov](http://www.iowaattorneygeneral.gov)

## ¿CUÁNTO TIEMPO TOMARÁ?

Toma aproximadamente 8 semanas para determinar si usted califica para recibir ayuda del programa. Pagos serán hechos cuando toda la información requerida está recibida. Cuando se hace un pago, nuestro programa trata de conseguir restitución del ofensor a menos que lo amenazara la seguridad de la víctima.

## BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN PARA VÍCTIMAS DEL CRIMEN

Los beneficios pueden ser compensados a las víctimas del delito hasta las siguientes cantidades máximas:

### SUELDOS PERDIDOS:

Heridas del crimen	\$6000
Sobrevivientes de víctimas de homicidio	\$6000
Citas médicas o de consejería	\$1000
Asistir a corte	\$1000
Pérdida de manutención para dependientes	\$4000

### CONSEJERIA:

Consejería de víctimas y sobrevivientes	\$5000
Consejería para una víctima secundaria	\$2000

### MEDICAL:

Tratamiento médico para víctimas	\$25000
Tratamiento médico para sobrevivientes de víctimas de homicidio	\$3000

### OTRO:

Funeral y entierro	\$7500
Reubicacion de Emergencia (una vez de por vida)	\$1000
Limpieza de escena del crimen si ocurrió en casa	\$1000
Ropa y ropa de cama retenida como evidencia	\$200
Gastos de cuidado de niños para asistir a corte o citas médicas	\$1000
Gastos para viajes relacionados al crimen	\$1000
Costo de reemplazo de los artículos de seguridad del hogar	\$500

\*Si tiene más de dos semanas de sueldos perdidos como resultado del crimen, requerimos una declaración de incapacidad de su doctor o proveedor de salud mental con licencia.

## ¿CUÁLES GASTOS PUEDEN SER PAGADOS?

El programa puede pagar sus gastos relacionados con el crimen que no han sido cubiertos por el seguro y otros fondos.

No podemos ofrecer compensación para la pérdida o reparación de propiedad, gastos legales, cuentas de teléfono, comida, o dolor y sufrimiento.

## ¿QUÉ TENGO QUE HACER PARA RECIBIR AYUDA?

- Hay que reportar el crimen a las autoridades locales dentro de las primeras 72 horas, salvo que haya una causa justa de no hacerlo.
- La víctima debe cooperar con las solicitudes razonables de la policía y los fiscales en la investigación y enjuiciamiento del delito.
- Hay que completar una aplicación con el programa dentro de los primeros dos años después del crimen o presentar una buena razón de no hacerlo.
- Ud. NO puede haber consentido, provocado, o estimulado el crimen.
- Ud. NO puede haber asistido o cometido un acto criminal que causó sus daños.

NO POSTAGE  
NECESSARY  
IF MAILED  
IN THE  
UNITED STATES



**BUSINESS REPLY MAIL**

FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 781 DES MOINES, IOWA

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE



**CRIME VICTIM COMPENSATION PROGRAM  
STATE CAPITOL  
1015 E. GRAND AVE.  
DES MOINES, IA 50319-9903**

**Un Mensaje del  
Procurador General:**

Si Ud. o un ser querido ha sufrido daños personales a consecuencia de un crimen violento, el Programa de Compensación para Víctimas del Crimen puede ayudarle.

Este programa sirve para ayudar a las víctimas del crimen y a los sobrevivientes con los gastos del crimen violento. Este programa es financiado en su totalidad por multas y sanciones de los delincuentes.

Por favor lea este folleto para ver si el programa puede ayudarle a usted o su familia.

El Programa de Compensación para Víctimas del Crimen no puede abordar las memorias dolorosas de un crimen, pero espero que le pueda ayudar con su recuperación y disminuir los gastos financieros que tiene.

**Procurador General**

Sección de Asistencia  
a las Víctimas  
Attorney General's Office  
Lucas Bldg., Ground Floor  
321 East 12th.  
Des Moines, Iowa 50319  
(515) 281-5044  
1-800-373-5044

RELAY IOWA  
1-800-735-2942 TT  
1-800-735-2943 VOICE

Hay una Línea de Interpretación  
[www.iowaattorneygeneral.gov/for-crime-victims](http://www.iowaattorneygeneral.gov/for-crime-victims)