

**COMISIÓN NUEVO MEXICANA DE INDEMNIZACIÓN
PARA VÍCTIMAS DE CRÍMENES
APLICACIÓN DE INCIDENTES CRÍTICOS**

Fecha del Crimen: _____

Departamento de policía al cual reportó: _____

Datos de la Víctima:

Nombre de la Víctima: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio _____ (Ciudad/Estado/Código Postal)

Masculino: ____ Femenino: ____ Seguro Social: XXX-XX-_____ Teléfono: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Datos del Demandante:

Nombre del Demandante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ (Ciudad/Estado/Código Postal)

Masculino: ____ Femenino: ____ Seguro Social: XXX-XX-_____ Teléfono: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Nombre de contacto alternativo: _____ Teléfono: _____

Los Gastos Potenciales:

Médico: _____ Salud Mental: _____ Gastos Funerarios: _____

Dental: _____ Pérdida de Salarios: _____ Otro: _____

Recursos Adicionales:

Seguro Medico: _____ Medicaid: ____ Medicare: ____

Preparado Por (Favor de imprimir su nombre): _____

Agencia: _____

Notas: