

**NM COMMISSION SOLICITUD PARA LA
INDEMNIZACION DE VICTIMAS
DE CRIMEN**

6200 Uptown Blvd NE Suite 210
Albuquerque, NM 87110
Llamadas gratuitas 1-800-306-6262
Telefono: 505-841-9432 Fax: 505-841-9437
E-mail: cvrc@cvrc.nm.gov
Web: www.cvrc.nm.gov

NO USAR LAPIZ

SECCION 1 INFORMACION DE LA VICTIMA

Nombre:		Inicial del Segundo:	Apellido:
Domicilio Para Correspondencia:			
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	
Dirreccion Del Email:			
Telefono Del Domicilio #:		Telefono Celular #:	
Fecha De Nacimiento:	Edad en la fecha del incidente:	Numero de Seguro Social #:	
Genero:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado

Si La Victima:

FALLECIO (Adjuntar Copia Del Acta De Defuncion) Esta INCAPACITADO (Adjuntar Carta Poder) MENOR DE EDAD
FAVOR DE COMPLETAR LA SECCION 2 (INFORMCION DEL DEMANDANTE)

SECCION 2 INFORMACION DEL DEMANDANTE

Nombre:		Inicial del Segundo:	Apellido:
Relacion Con La Victima: <input type="checkbox"/> Esposo (a) <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Hermanos (as) <input type="checkbox"/> Menores De Edad <input type="checkbox"/> Abuelos (as) <input type="checkbox"/> Amigos (as) <input type="checkbox"/> Otras Personas _____			
Domicilio Para Correspondencia:			
Ciudad:	Estad:	Codigo Postal:	
Dirreccion Del Email:			
Telefono Del Domicilio #:		Telefono Celular #:	
Fecha De Nacimiento:	Numero de Seguro Social #:		

SECCION 3 CONTACTO ALTERNATIVO

FAVOR DE ANOTAR NOMBRE DE PERSONAS QUE NO RESIDAN EN EL MISMO HOGAR DE LA
VICTIMA/DEMANDANTE COMO CONTACTO ALTERNATIVO EN CASO DE QUE NO PUDIERAMOS
LOCALIZARLO A USTED

Nombre:		Inicial del Segundo:	Apellido:
Relacion Con La Victima: <input type="checkbox"/> Esposo (a) <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Hermanos (as) <input type="checkbox"/> Menores De Edad <input type="checkbox"/> Abuelos (as) <input type="checkbox"/> Amigos (as) <input type="checkbox"/> Otras Personas _____			
Domicilio Para Correspondencia:			
Ciudad:	Estad:	Codigo Postal:	
Telefono Del Domicilio #:		Telefono Celular #:	

SECCION 4 INFORMACION DEL CRIMEN (De Tener En Su Poder El Reporte De Policia, Favor De Adjuntar)

Fecha Del Crimen:	Fecha En Que Se Reporto Del Crimen:	Numero De Caso #
Agencia Judicial O La Policia:		Nombre Del Dective:
Direccion Del Crimen:		
Ciudad:	Condado:	
Breva Discripcion Del Crimen:		
Danos-Perjuicios:		
Desabilidades Pre-Existentes De La Victima? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Describa:		
Nombre Del Sospechoso:	Otra Sospechosa 2:	

SECCION 5 AGENCIAS COLATERALES

<input type="checkbox"/> Securos Medicos: _____	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> IHS	<input type="checkbox"/> Seguro Del Automovil
<input type="checkbox"/> Seguro Social	<input type="checkbox"/> Donativo: \$ _____	<input type="checkbox"/> Otras Agencias: _____		
Contrato Abogado Para La Demanda Civil? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Nombre Del Abogado:	Numero De Telefono #:			

SECCION 6 GASTOS POTENCIALMENTE ELEGIBLES (Mencionar Proveedores Y Marcar Los Gastos Que Sean Aplicables)

<input type="checkbox"/> Ambulancia	<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Radiologia (rayos x)
<input type="checkbox"/> Lemtes/Aparatos Para La Sordera	<input type="checkbox"/> Transportacion	<input type="checkbox"/> Limpieza De La Escena Del Crimen
Proveedor Medico(s):		
Proveedor Dental(s):		
Proveedor De Consejeria(s):		
Funeraria:		
SALARIOS PERDIDOS: Falto La <input type="checkbox"/> Victima <input type="checkbox"/> Demandante A su trabajo debido al incidente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Nombre Del Patron:		
Direccion Para Correspondencia:		
Telefono Del Lugar De Trabajo:	Persona a Contractar En El Trabajo:	

SECCION 7: FAVOR DE PROPORCIONAR LA INFORMACION PARA ESTADISTICAS

Pais De Nacimiento:	
Raza/Grupo Ethnico De La Victima:	
<input type="checkbox"/> Indio De America/Nativo De Alaska <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Afro-Americano/Raza Negra <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Nativo Hawaii/Otras islas Del Pacifico <input type="checkbox"/> Anglo-Sajon/Raza Blancan <input type="checkbox"/> Razas Multiples <input type="checkbox"/> Declino Contestar	
Nativo Americano Con Residencia De 6 Meses: <input type="checkbox"/> Area Rural <input type="checkbox"/> Pueblo <input type="checkbox"/> Reservacuion India <input type="checkbox"/> Ciudad	
Persona Que Ayudo A Llenar La Solicitud?	
Nombre:	Organizacion:

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: