

- Usted no está solo... Ser víctima de un crimen puede ser muy difícil. Es posible que no sea capaz de concentrarse o recordar cosas. Todo esto es normal en alguien que ha sido víctima de un crimen.
- Hay defensores de víctimas que pueden prestarle servicios gratuitos. Están disponibles para responder sus preguntas y ofrecerle terapia de apoyo.
 - Para encontrar una organización dentro de su condado visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR indicado más adelante y seleccione “Encuentre Ayuda en su Condado.”
- Como víctima de un crimen, usted tiene derechos. Visite www.pcv.pccd.pa.gov o escanee el código QR brindado más adelante para ver de qué derechos dispone a través del proceso de justicia penal, incluyendo información sobre cómo ejercer derechos adicionales si alguien es arrestado y/o condenado, y conocer cómo acceder a recursos inmediatos, como órdenes de refugio y protección, asistencia financiera y asesoramiento.
- Si es víctima de violencia doméstica, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una orden de protección contra el abuso doméstico, en conformidad con la Ley de Protección contra el Abuso (Título 23, Capítulo 61 de los Pa.C.S.), que podría incluir lo siguiente:
 - Una orden que prohíba al agresor cometer más actos de maltrato; Una orden que decreta que el agresor debe abandonar su hogar; Una orden que impida al agresor entrar en su residencia, escuela, negocio o lugar de trabajo; Una orden que le conceda, a usted o al otro progenitor, la custodia temporal o un régimen de visitas temporal con su hijo o hijos; Una orden que exija al agresor el pago de la manutención de usted y su hijos menores, si el agresor tiene la obligación legal de hacerlo.
- Si usted es víctima de intimidación o violencia sexual, tiene derecho a ir al tribunal y presentar una petición donde solicite una Orden de Protección contra la Violencia Sexual (SVPO) en conformidad con la Ley de Protección de Víctimas de Intimidación o Agresión Sexual (Título 42, Capítulo 62A de los Pa.C.S.).

Para acceder al
Sitio Web de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania



Para solicitar una
Indemnización



App de Víctimas
de Crímenes de
Pensilvania en
Google Play



App de
Víctimas de
Crímenes de
Pensilvania
en Apple



DEPARTAMENTO DE POLICÍA Ferguson Township Policia
NÚMERO DEL INCIDENTE _____
NOMBRE Y APELLIDO DEL FUNCIONARIO _____

SERVICIOS PARA LAS VÍCTIMAS _____
OFICINA DEL FISCAL DE DISTRITO 814-355-6735
FECHA _____

**Si no tiene acceso a internet, CONSULTE LA PÁGINA SIGUIENTE
PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO**

Información Importante de Contactos Locales - Centre County

| | |
|--|--------------|
| Víctimas de Violencia Doméstica | |
| Centre Safe | 814-238-7066 |
| Víctimas de Agresión Sexual | |
| Centre Safe | 814-238-7066 |
| Víctimas de Maltrato Infantil | |
| Centre County Victim Witness Office | 814-548-1107 |
| Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505) | |
| Centre County Victim Witness Office | 814-548-1107 |
| Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios) | |
| Centre County Victim Witness Office | 814-548-1107 |
| Víctimas de Tráfico Humano | |
| Centre County Victim Witness Office | 814-548-1107 |
| Oficina de Testigos/Víctimas del Condado | |
| Centre County Victim Witness Office | 814-548-1107 |

CONTACTOS ESTATALES

Programa de Confidencialidad de Direcciones

Oficina del Defensor de Víctimas de Pensilvania - 800-563-6399

o www.ova.pa.gov

Notificación de Liberación del Delincuente

Sistema de Notificación para Víctimas de Pensilvania (PA-SAVIN) –

866-972-7284 o www.pcv.pccd.pa.gov

Asistencia Financiera

Programa de Asistencia de Indemnización para Víctimas - 800-233-2339

o www.dave.pa.gov

Childline

Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania – 800-932-0313

o www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx

Dirección postal:
P.O. Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección Física:
3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Teléfono, fax y correo electrónico:
(800) 233-2339
(717) 783-5153
(717) 787-4306 (FAX)
ra-davesupport@pa.gov

Sitio web: www.pcv.pccd.pa.gov

Puede completar y enviar este formulario a la dirección indicada anteriormente o presentarlo en línea en <https://www.dave.pa.gov>

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Lea la siguiente información antes de completar este formulario.

Puede ser elegible para recibir compensación si cumple con lo siguiente:

- El delito ocurrió en Pensilvania.
- El delito se denunció a las autoridades adecuadas en un plazo de 3 días O se presentó una orden de protección contra el abuso en un plazo de 3 días después del delito (se aplican algunas excepciones).
- Usted coopera con las autoridades de orden público que investigan el delito, los tribunales y el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas en la tramitación de la reclamación (se aplican algunas excepciones).
- La reclamación se presenta en un plazo de 2 años después del descubrimiento del delito (existen excepciones cuando la víctima es menor).
- Ha pagado o debe al menos \$100 de cualquier combinación de los gastos enumerados a continuación. Si tiene 60 años o más, no se requiere una pérdida mínima.

Puede obtener compensación para los siguientes gastos:

Gastos médicos
Gastos terapéuticos
Pérdida de ganancias
Pérdida de manutención
Gastos por reubicación
Gastos funerarios
Limpieza de la escena del crimen

Gastos de transporte
Cuidado infantil
Gastos de atención médica a domicilio

Dinero en efectivo robado (si su fuente de ingresos principal es la jubilación del seguro social, ingresos por discapacidad, ingresos complementarios, beneficios por supervivencia, jubilación o pensión, ayuda por discapacidad, manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal)

La compensación máxima general no debe superar los \$35,000; sin embargo, algunos beneficios, como terapia y limpieza de la escena del crimen, podrán pagarse por encima del máximo. Se aplican límites monetarios a la mayoría de los beneficios.

El programa no cubre lo siguiente:

- Daños físicos y morales.
- Bienes robados o dañados (excepto la sustitución de equipos médicos robados o dañados).

Se puede determinar que una reclamación no es elegible o se puede reducir una compensación si la conducta de la víctima contribuyó al perjuicio.

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

Su cooperación con el programa y la presentación de información completa y precisa nos ayudará a tramitar su reclamación de forma oportuna.

AVISO IMPORTANTE: no tiene que esperar hasta que finalice el juicio o hasta recibir todas las facturas para presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación si no se conoce al delincuente o si no se ha realizado un arresto.

Instrucciones generales para presentar su reclamación:

- Escriba de forma clara en imprenta.
- Complete únicamente aquellas secciones que se apliquen a su reclamación.
- Proporcione una dirección postal precisa, un número de teléfono seguro o una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Al presentar su reclamación, proporcione todos los documentos solicitados que pueda. Puede presentar su reclamación incluso si no tiene todos los documentos requeridos. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.
- Firme las secciones de **Acuerdo de reconocimiento y reembolso** y de **Autorización para obtener información** en el reverso del formulario de reclamación.
- Si quiere ayuda para presentar su reclamación, puede comunicarse con el Programa de Servicios para las Víctimas que se indica en el reverso de este formulario. Si no se indica ninguna agencia, puede comunicarse con el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas al (800) 233-2339 para obtener ayuda.

Tenga en cuenta: es importante que informe al programa si cambia su dirección postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Para procesar su reclamación, tenemos que poder comunicarnos con usted.

El Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas es el pagador de última instancia. Esto significa que su compensación se verá reducida por cualquier otra fuente de dinero que reciba como resultado del delito, como seguros, restituciones y acuerdos de demandas civiles, incluyendo el dinero recibido por daños físicos y morales.

Haremos todo lo posible para tramitar su reclamación de la forma más rápida y eficiente posible.

Corte a lo largo de esta línea y conserve esta parte para sus registros. \$

Formulario breve para el Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas

N.º de reclamación _____

Información de la víctima

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Información del reclamante Si la víctima es el reclamante, marque aquí: El reclamante debe tener 18 años o más.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Condado _____ Teléfono de día _____ Correo electrónico _____

Relación con la víctima _____

Información del delito

Fecha del delito ____/____/____ Fecha de la denuncia a la policía o de presentación de la orden de protección
contra el abuso (PFA, por sus siglas en inglés) ____/____/____

¿Ocurrió en el trabajo? Sí No ¿Los daños fueron causados por un vehículo de motor? Sí No

Lugar donde ocurrió el delito (nombre y número de la calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Departamento de Policía _____ Número de incidente policial _____

Personas que cometieron el delito _____

Describe brevemente el delito y los daños: _____

Complete las secciones correspondientes a los beneficios que solicita y proporcione todos los documentos solicitados que pueda en este momento. El Programa puede solicitar información adicional una vez que reciba la reclamación.

Beneficio: Gastos médicos/terapéuticos

¿Ha tenido gastos médicos? Sí No ¿Ha tenido gastos terapéuticos? Sí No

¿Tiene seguro para cubrir sus gastos médicos/terapéuticos? Sí No

Proporcione las facturas médicas o terapéuticas detalladas y las declaraciones de los beneficios del seguro detalladas, si corresponde.

Beneficio: Gastos funerarios/Pérdida de manutención

¿Ha tenido gastos funerarios? Sí No

¿Ha recibido dinero por el fallecimiento? (seguro de vida, beneficio por fallecimiento del seguro social) Sí No

¿Usted u otras personas dependían económicamente de la víctima fallecida? Sí No

Proporcione copias de las facturas o los recibos funerarios detallados de cualquier beneficio recibido.

Beneficio: Pérdida de ganancias

Fechas en las que faltó al trabajo ____/____/____

Nombre y dirección del empleador: _____

Nombre y dirección del médico que puede verificar que faltó al trabajo por el delito _____

Beneficio: Dinero en efectivo robado

¿Cantidad de dinero robado? \$ _____

Uno de los siguientes beneficios debe ser su fuente de ingresos principal para presentar una solicitud por dinero en efectivo robado. Marque todas las opciones que correspondan.

Beneficio del seguro social Jubilación/Pensión Discapacidad Manutención infantil o del cónyuge ordenada por el tribunal

¿Tiene seguro de propietario/inquilino? Sí No ¿Está obligado a presentar declaraciones de impuestos del

Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés)? Sí No

Proporcione copias de su declaración de beneficios mensual para el mes/año del delito, la página de las declaraciones del seguro y las declaraciones de impuestos más recientes, si corresponde.

Beneficio: Reubicación, limpieza de la escena del crimen, gastos de transporte

¿Tuvo que reubicarse debido al delito? Sí No

¿Ha tenido gastos por la limpieza de la escena del crimen? Sí No

¿Ha incurrido en gastos de transporte? Sí No

Representación por terceros

¿Está representado por un abogado en este caso?: ¿Para presentar esta reclamación de compensación? Sí No

¿En una demanda civil? Sí No ¿En una reclamación de seguro? Sí No

Información sobre el Programa de Servicios para las Víctimas

Si necesita ayuda para presentar su reclamación, comuníquese con la agencia que se indica aquí. Si no se indica ninguna agencia, comuníquese al 800-233-2339 para obtener ayuda.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso y Autorización para obtener información

El Acuerdo de reconocimiento y reembolso y la Autorización para obtener información deben firmarse antes de que se pueda verificar la reclamación y tramitar el pago.

Acuerdo de reconocimiento y reembolso: La decisión de aprobar mi reclamación corresponde al programa. Puedo oponerme a la decisión del programa total o parcialmente, por escrito, en un plazo de 30 días desde la decisión. Debo probar la cantidad exacta de mis pérdidas antes de que el programa considere otorgarme la compensación del Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos. Más adelante, podré solicitar un reembolso de cualquier gasto adicional incurrido relacionado con el delito. Mi reclamación puede rechazarse si no coopero plenamente con las agencias de orden público, los tribunales y el programa, o si no mantengo una dirección válida con el Programa. Realizar una reclamación falsa se considera un delito en virtud de la norma 18 P.S. § 11.1303 de la Ley de Víctimas de Delitos. Realizar una declaración falsa en este formulario de reclamación con la intención de engañar al programa se considera un delito en virtud de la norma 18 Pa. C.S. § 4904, Falsificación no jurada. Realizar una declaración falsa en la que se base el programa para otorgar una compensación constituye un delito en virtud de la norma 18 Pa.C.S. § 3922, Robo por engaño.

Entiendo que el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos es el pagador de última instancia. Me comprometo específicamente a informar al Programa y a devolver al estado cualquier fondo que pueda recibir de cualquier otra fuente que no haya sido ya considerada, como resultado del delito y en la medida de la compensación. Es decir, acepto devolver cualquier fondo que reciba del delincuente o de cualquier otra persona o fuente, que compense el daño que sufrí, incluso los fondos de una póliza de seguro, así como cualquier compensación o acuerdo de una demanda civil, que derivara del crimen que es la base de esta reclamación. Además, si se determina en algún momento que la reclamación es errónea, falsa o fraudulenta, me comprometo a devolver al Programa la suma de dinero pagada por el Programa.

Autorización para obtener información: Por la presente autorizo a cualquier director de funeraria u a otra persona que haya prestado servicios relacionados, a cualquier empleador de la víctima o del reclamante, a cualquier agencia policial o gubernamental, incluidas las autoridades fiscales estatales o federales, a cualquier compañía de seguros o a cualquier organización que tenga conocimientos pertinentes a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación.

Firma del reclamante

Fecha

Autorización y descargo de responsabilidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Si está presentando esta solicitud por gastos médicos o terapéuticos, este reconocimiento debe firmarse antes de que pueda comenzar el proceso de verificación.

Por la presente autorizo, de acuerdo con las normativas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 42 U.S.C. § 1320d, y siguientes), a cualquier hospital, médico, proveedor de atención médica u otra persona que atendió, examinó o proporcionó tratamiento a _____ (nombre de la víctima en letra imprenta) a otorgar al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas toda la información que posean con respecto al delito que es la base de esta reclamación. Se pueden utilizar copias de esta autorización en lugar del original. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando al Programa de Asistencia de Compensación para las Víctimas de la Oficina de Servicios para las Víctimas una solicitud por escrito, con fecha, para hacerlo. Además, esta autorización expira en un plazo de 5 años desde la fecha de mi firma a continuación o en la fecha en la que cierre esta reclamación, lo que ocurra primero.

Firma del reclamante

Fecha

Información estadística de la víctima

Completar esta sección es estrictamente opcional. La siguiente información se utiliza únicamente con fines estadísticos.

Raza/Origen étnico: Blanca Negra/Afroamericana Hispana/Latina Indoamericana/Nativa de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/de otra isla del Pacífico Otra raza Múltiples razas

Género: _____

Idioma principal: _____

¿Cómo se enteró del programa?: Hospital Fiscal Folleto Policía Sitio web/Aplicación
 Programa de Servicios para las Víctimas Otro _____

Dirección postal

PO Box 1167
Harrisburg, PA 17108-1167

Dirección física

3101 North Front Street
Harrisburg, PA 17110

Números de teléfono y fax

800-233-2339
717-783-5153
717-787-4306 (FAX)

Correo electrónico

ra-davesupport@pa.gov

Sitio web:

www.pcv.pccd.pa.gov

Preséntela en línea en <https://www.dave.pa.gov>

SERVICIOS A LAS VÍCTIMAS EN PENNSYLVANIA

Programa de Compensación y Asistencia a las Víctimas
1-800-233-2339

Programa de Confidencialidad de Domicilio
1-800-563-6399

Red de Asistencia Legal en Pennsylvania
1-800-322-7572

**Coalición contra la Violencia Doméstica en
Pennsylvania (PCADV)**
1-800-932-4632

Coalición contra la Violación en Pennsylvania (PCAR)
1-800-692-7445
1-888-772-7227 (Recursos Locales)

Línea Auxiliar Estatal por el Maltrato de Ancianos
1-800-490-8505

Madres contra Conductores Ebrios
(Oficina Central en Pennsylvania)
1-800-848-6233

Oficina del Representante (Defensor) de las Víctimas
1-800-322-4472

**Para información y una lista completa de
todos los programas que ofrecen servicios
a las víctimas en Pennsylvania, y para
información sobre sus derechos bajo la ley,
por favor, visite:**

www.pacrimevictims.com

Notas:

Este proyecto es auspiciado por los Fondos No. 2006VNCX0009, 2007VNCX0005, y 2008VNCX0002 que fueron otorgados por la Agencia de Asistencia Judicial. La Agencia de Asistencia Judicial es parte de la Oficina de Programas Judiciales, que también incluye la Agencia de Estadísticas Judiciales, el Instituto Nacional de Justicia, la Oficina para la Justicia Juvenil y la Prevención de Delincuencia y la Oficina para Víctimas de Crimen. Los puntos de vista u opiniones en este documento pertenecen al autor y no representan la posición oficial ni las políticas del Departamento de Justicia de los Estados Unidos.

R 11/10

PA SAVIN

El Servicio de Notificación a las Víctimas en Pennsylvania



LAS VÍCTIMAS TIENEN EL DERECHO A SABER

1-866-9PA-SAVIN

LÍNEA GRATUITA 1-866-972-7284

TTY 1-866-847-1298

Acceso a información y
notificación gratis sobre el estado
de ofensores en:

Cárceles en los Condados

Prisiones Estatales

u

**Ofensores bajo Libertad
Condicional del Estado**

PA SAVIN:

Servicio de Notificación a las Víctimas en Pennsylvania

1-866-9PA-SAVIN

Usuarios de TTY: 1-866-847-1298

PA SAVIN es un servicio automatizado que le permite buscar información sobre el estado de ofensores en las cárceles en los condados, las prisiones estatales, e información sobre los ofensores bajo libertad condicional del estado. Cuando llame a la línea gratuita o cuando visite www.pacrimevictims.com, usted puede buscar información sobre el estado de custodia de un ofensor. Usted también puede registrarse para ser notificado por teléfono y correo electrónico si el estado de custodia de un ofensor cambia.



Anote la siguiente información, corte este panel y guárdelo en un lugar seguro:

PA SAVIN es parte del compromiso del estado de apoyar a las víctimas de crimen. Este servicio proporciona notificación gratis a las víctimas de crimen, sus familias, y sus círculos de apoyo, sobre la liberación, traslado, o escape de un ofensor.

Información sobre la custodia:

Información

Llame al 1-866-972-7284 y siga las instrucciones, o visite www.pacrimevictims.com y haga clic en "Notifications About Offenders (Including PA SAVIN)".

Registración

Si el ofensor está bajo custodia, usted puede registrarse para recibir notificaciones por teléfono y correo electrónico.

- Si está registrando un número de teléfono, se le pedirá que proporcione un número de identificación personal de cuatro dígitos (PIN) para confirmar que recibió la llamada. El PIN debe ser un número fácil de recordar.

Notificación

Se le notificará si el ofensor:

- es liberado
- es trasladado a otra localidad
- si se escapó
- si ha fallecido

Cuando PA SAVIN le llame, escuche el mensaje y marque el PIN seguido por el signo de número (#) en el momento en que se le indique. Al marcar su PIN, PA SAVIN sabrá que usted recibió la llamada y detendrá el servicio para que no le llame nuevamente.

Nombre del ofensor

Número del ofensor

Su PIN de cuatro dígitos

- PA SAVIN llamará automáticamente cuando el estado de custodia de un ofensor cambie. Es posible que usted reciba una llamada de PA SAVIN a media noche.
- Si nadie contesta, PA SAVIN continuará llamando hasta que ingrese su PIN o hasta que hayan transcurrido 72 horas. Si no contesta una llamada de notificación, PA SAVIN dejará un mensaje.
- No registre un número de teléfono que suene en una central telefónica.
- PA SAVIN es confidencial. El ofensor no sabrá que usted se registró con PA SAVIN.
- Usted puede registrar varios números de teléfono y direcciones de correo electrónico para las notificaciones.
- Si usted olvida su PIN, llame a la línea gratuita y marque el cero. Usted será transferido a un operador que le puede ayudar a cambiar su PIN o cancelar las notificaciones.
- Los operadores están disponibles las 24 horas al día, siete días a la semana para asistirle.



No dependa únicamente de PA SAVIN para su seguridad. Si usted siente que está en peligro, tome las precauciones y comuníquese con el programa local de servicios a las víctimas.

www.pacrimevictims.com



pennsylvania
COMMISSION ON CRIME
AND DELINQUENCY

VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSYLVANIA

Recepción de información

Acepto que he recibido mis derechos básicos como víctima de un delito y la información sobre los servicios relacionados que están disponibles para mí.

NOMBRE Y APELLIDO

FIRMA

_____/_____/_____
FECHA

NÚMERO DEL INCIDENTE

NÚMERO DE CONTACTO SEGURO

(La Policía se quedará con la copia debidamente completada y firmada de este formulario).

Mi nombre y número de teléfono PUEDEN _____ PUEDEN NO _____ ser proporcionados a la agencia o agencias que pueden proporcionar la asistencia apropiada.