

- 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](http://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](http://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



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

## **Información Importante de Contactos Locales - Susquehanna County**

### **Víctimas de Violencia Doméstica**

Women's Resource Center, Inc.	570-278-1800
-------------------------------	--------------

### **Víctimas de Agresión Sexual**

Women's Resource Center, Inc.	570-278-1800
-------------------------------	--------------

### **Víctimas de Maltrato Infantil**

Child Advocacy Center of Susquehanna and Wyoming Co. Women's Resource Center, Inc.	570-823-5144 570-278-1800
--	------------------------------

### **Víctimas de Maltrato de Personas Mayores (Línea Directa de Maltrato de Personas Mayores Activa 24 Horas 800-490-8505)**

Women's Resource Center, Inc.	570-278-1800
-------------------------------	--------------

### **Víctimas de Crímenes Violentos (incluidos los Homicidios)**

Susquehanna County Victim Services	570-278-6657
------------------------------------	--------------

### **Víctimas de Tráfico Humano**

Susquehanna County Victim Services	570-278-6657
------------------------------------	--------------

### **Oficina de Testigos/Víctimas del Condado**

Susquehanna County Victim Services	570-278-6657
------------------------------------	--------------

## **CONTACTOS ESTATALES**

### **Programa de Confidencialidad de Direcciones**

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

o [www.oiva.pa.gov](http://www.oiva.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](http://www.pcv.pccd.pa.gov)

### **Asistencia Financiera**

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

o [www.dave.pa.gov](http://www.dave.pa.gov)

### **Childline**

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

o [www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx](http://www.dhs.pa.gov/contact/Pages/Report-Abuse.aspx)



**pennsylvania**  
VICTIMS COMPENSATION  
ASSISTANCE PROGRAM

## Oficina de Servicios para las Víctimas

**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](mailto:davesupport@pa.gov)

**Sitio web:** [www.pcv.pccd.pa.gov](http://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.

**(800) 233-2339 AYUDA PARA LAS VÍCTIMAS DE DELITOS EN PENNSILVANIA [www.pcv.pccd.pa.gov](http://www.pcv.pccd.pa.gov)**

## 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 \_\_\_\_\_

Describa 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?:  Sí  No ¿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](mailto:ra-davesupport@pa.gov)

**Sitio web:**  
[www.pcv.pccd.pa.gov](http://www.pcv.pccd.pa.gov)

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