



State of Tennessee  
Division of Claims Administration  
502 Deaderick Street ♦ Nashville, Tennessee 37243-0202  
Teléfono: (615) 741-2734 ♦ Fax: (615) 532-4979  
Sitio web: [www.treasury.tn.gov/injury](http://www.treasury.tn.gov/injury)  
Correo Electrónico: [Criminal.Injury@tn.gov](mailto:Criminal.Injury@tn.gov)  
*Una División del Departamento de Tesorería de Tennessee*



## SOLICITUD PARA COMPENSACIÓN POR LESIONES DEBIDAS A UN DELITO EN TENNESSEE

### PROPÓSITO

Cuando una persona resulta lesionada por un delito en el estado de Tennessee, esa víctima o ciertos miembros de su familia pueden solicitar ayuda del Programa de Compensación por Lesiones Debidas a un Delito en Tennessee con los gastos relacionados a la lesión. El programa está a cargo de la División de Administración de Reclamaciones del Departamento de Tesorería de Tennessee. La meta del programa es facilitar la carga financiera de los delitos que involucran lesiones cuando la víctima o los miembros de la familia satisfacen ciertos requisitos. El programa puede aprobar una reclamación solamente si la víctima satisface los requisitos de elegibilidad, si el delito involucra una lesión y es un tipo de delito que el programa puede considerar, y si los gastos cubiertos por el programa son documentados debidamente.

### INSTRUCCIONES DE SOLICITUD

- Presente una solicitud dentro de un año a partir de la fecha de lesión o muerte. Si la víctima tiene menos de 18 años de edad, el tutor legal tiene que presentar la reclamación a nombre de la menor víctima. El tutor legal puede presentar la reclamación hasta que la víctima cumpla 18 años de edad. Un adulto que fue victimizado cuando era menor, o que perdió apoyo financiero cuando era menor debido a la muerte de una víctima, también puede presentar solicitud a nombre propio hasta que cumpla 19 años.
- Complete todas las páginas de la solicitud. Si la completa por escrito, use TINTA NEGRA o AZUL. Por favor escriba claramente en letra de molde. Contesté todas las preguntas. El haber preguntas no contestadas atrasará o prevendrá el procesamiento de la solicitud. La persona que presenta la reclamación tiene que firmar la Sección G *en la presencia de un Notario*.
- No se requiere que Ud. tenga un abogado para completar esta solicitud. Si desea, sin embargo, puede hacerlo. Cualquier comunicación acerca de su reclamación será directamente mediante su abogado, y él/ella puede ser elegible para tarifas de abogado.
- Presente la solicitud a la oficina del programa en la dirección en la parte superior de esta página. La solicitud no está "presentada" hasta que la División de Administración de Reclamaciones reciba todas las páginas completadas por correo o por fax. Llame al (615) 741-2734 y pida hablar con un Representante de Servicio al Cliente si tiene preguntas acerca de la solicitud.
- Los gastos que Ud. quiere que el programa considere tienen que ser presentados primeros junto con cada/toda fuente de asistencia pública o privada, tal como seguro de salud, vida, entierro, y/o auto, compensación a trabajadores, baja por enfermedad/pago de vacaciones, etc. El programa solamente puede considerar esos gastos que la víctima o pariente tiene que pagar por cuenta propia. *Este es un fondo como último recurso.*
- Adjunte copias de facturas detalladas de los proveedores de servicios, recibos, estados de cuenta de beneficios de seguro, y cualquier otra documentación para respaldar los gastos que Ud. desea que el programa considere. Refiérase a la lista de gastos elegibles en la primera página de la solicitud si no está seguro si el gasto puede ser considerado.
- Responda lo antes posible a cualquier carta de nuestra oficina.
- Notifique a nuestra oficina inmediatamente si hay cualquier cambio en su dirección o número de teléfono mientras la reclamación se está procesando. **La reclamación puede ser denegada si no tenemos información válida para contactarle.**

*El Departamento de Tesorería de Tennessee opera todos los programas y actividades sin discriminación alguna en base a sexo, raza o cualquier otra clasificación protegida por leyes federales o del estado de Tennessee. Los individuos con discapacidades que pueden requerir un formato alternativo de comunicación para esta u otra publicación del Departamento de Tesorería deben contactar al Departamento de Recursos Humanos de la Tesorería al 615-253-8769. Cualquier persona que crea que los programas del Departamento de Tesorería hayan discriminado en su contra debe escribir a: Title VI Coordinator, Treasury Department Human Resources, Andrew Jackson Building, 13th Floor, Nashville, Tennessee 37243.*



State of Tennessee  
Division of Claims Administration  
502 Deaderick Street  
Nashville, Tennessee 37243-0202  
Teléfono: (615) 741-2734 ♦ Fax: (615) 532-4979  
Sitio web: [www.treasury.tn.gov/injury](http://www.treasury.tn.gov/injury)  
Correo Electrónico: [Criminal.Injury@tn.gov](mailto:Criminal.Injury@tn.gov)  
*Una División del Departamento de Tesorería de Tennessee*

SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA

## SOLICITUD PARA COMPENSACIÓN POR LESIONES DEBIDAS A UN DELITO

### SECCIÓN A – GASTOS ELEGIBLES

Por favor marque los gastos, líneas abajo, que Ud. quiere que este programa considere. Adjunte facturas completamente detalladas para documentar todos los gastos. También, incluya comprobante de cualquier pago hecho por Ud. u otras fuentes.

- Facturas Médicas
- Facturas de Asesoramiento en Salud Mental – Servicios tienen que ser para la víctima, o en algunos casos, un pariente de la víctima.
- Sueldos Perdidos – Ud. tiene completar la Sección F de la solicitud y adjuntar la documentación allí descrita.
- Impedimento Permanente – Proporcione una declaración del médico con su calificación de impedimento debido a la lesión relacionada al delito.
- Gastos del Funeral/Entierro
- Gastos de Limpieza de la Escena del Delito
- Pérdida de Manutención a Dependientes (en caso de muerte de la víctima) – Ud. tiene que completar toda de la Sección C y proporcionar la documentación allí descrita.
- Dolor y Sufrimiento – (SOLAMENTE para la víctima de un delito de índole sexual.)
- Gastos de Mudanza – (SOLAMENTE para la víctima si un delito que ocurriera en el domicilio principal y la mudanza esté directamente relacionada con el delito.)
- Gastos de Transporte al Juicio – (Para asistir al juicio del demandado a menos que la persona sea elegible para tarifas de testigos de la oficina del fiscal estatal o federal.)

### SECCIÓN B – INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA

Detalles sobre la persona que fue lesionada o que ha muerto como resultado de lesiones relacionadas al delito.

¿Esta persona (la víctima) ha fallecido?  No  Sí

Nombre de la Víctima \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer nombre) (Apellido de Soltera) (Segundo nombre)

Dirección de Domicilio \_\_\_\_\_ Número de Apto./Unidad/Lote \_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Condado) (Estado) (Código Postal)

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Número de Teléfono Alternativo \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
( mm / dd / aaaa) Edad al Momento del Delito \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

○ \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Número de Identificación Individual del Contribuyente

## SECCIÓN B – INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA (CONTINÚA)

Por favor conteste todas las preguntas sobre la víctima nombrada en la página 1 (*solamente se usa para fines de estadística*):

¿Está Discapacitado Mentalmente?  No  Sí ¿Está Discapacitado Físicamente?  No  Sí

Raza  Indígena Estadunidense/Nativo de Alaska  Razas Múltiples  
 Asiático  Nativo de Hawaii/de las islas del Pacífico  
 Negro/Afro-Americano  Blanco/Caucásico  
 Hispánico/Latino  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Género  Masculino  Femenino

Nacionalidad de Origen  Estados Unidos  Otro \_\_\_\_\_

¿Quién le informó sobre este programa?  Hospital  Carteles/Folletos  
 Internet/Búsqueda de web  Fiscal/Programa de Víctimas de Testigos  
 Fuerzas del Orden  Servicios Sociales  
 Medios (TV, radio, etc.)  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**(Si Ud. es la víctima y tiene al menos 18 años de edad, por favor pase a la sección D ahora. Véase páginas 3 y 4.)**

## SECCIÓN C (PARTE 1): INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

Si Ud. no es la víctima nombrada y descrita en la Sección B, por favor díganos lo que le corresponda como descripción:

- Tutor Legal de una Víctima Que Tiene Menos de 18 Años de Edad – Proporcione una copia del certificado de nacimiento o los documentos de tutela si no es el padre/madre del menor.
- Representante de una Víctima Adulta – Proporcione documentación para mostrar que Ud. tiene el derecho legal a presentar solicitud a nombre de la víctima.
- Dependiente de una Víctima Fallecida – Dependiente significa que es un familiar que estaba recibiendo apoyo sustancial o servicios que le eran necesarios al momento de la muerte de la víctima. Presente comprobante de su parentesco con la víctima (por ej. certificado de matrimonio, certificado de nacimiento, etc.).
- Tutela de un Dependiente de la Víctima Fallecida – Si el dependiente tiene menos de 18 años de edad, proporcione una copia del certificado de nacimiento y los documentos de tutela. Si el dependiente es un adulto que no es competente, proporcione una copia de los documentos de tutela/curatela u otros documentos.
- Pariente de una Víctima Fallecida Presentando Solicitud por Gastos del Funeral/Entierro, Limpieza de Escena del Delito, Transporte al Juicio, y/o Asesoramiento en Salud Mental

Si Ud. no es la víctima nombrada en la Sección B, y es una de las personas descritas líneas arriba, proporcione su información a continuación y conteste la siguiente pregunta:

¿Cómo conoce a la víctima? La víctima es mi \_\_\_\_\_.

Nombre del Reclamante \_\_\_\_\_  
 (Apellido) (Primer nombre) (Apellido de Soltera) (Segundo nombre)

Dirección de Domicilio \_\_\_\_\_ Número de Apto./Unidad/Lote \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Número de Teléfono Alternativo \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ( mm / dd / aaaa)

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ **O** \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
 Número de Seguro Social Número de Identificación Individual del Contribuyente

## SECCIÓN C (PARTE 2): DEPENDIENTES DE LA VÍCTIMA FALLECIDA/PÉRDIDA DE APOYO

¿La víctima contribuyó al apoyo financiero de cualquier dependiente al momento de la muerte?  No  Sí

**De ser "no", continúe a la Sección D.**

**De ser "sí",** presente comprobante del parentesco con la víctima y proporcione documentación de que la víctima apoyó sustancialmente el (los) pariente(s) al momento de la muerte (por ej. declaración de impuestos, recibos, orden para manutención infantil). También, adjunte verificación del ingreso de la víctima en el momento de la muerte (por ej. declaración del empleador, formulario W-2, o declaración de impuestos).

Proporcione los nombres de los dependientes de la víctima por los que esté presentando una reclamación de pérdida de apoyo. **Si está disponible, por favor presente una copia del aviso del obituario de la víctima.**

Nombre	Dirección Residencia	Ciudad / Estado / Código Postal	Parentesco con la Víctima	Fecha de Nacimiento

¿La víctima dejó otros dependientes que no están en lista líneas arriba?  No  Sí

**De ser "sí",** por favor proporcione sus nombres y direcciones a continuación. Adjunte páginas adicionales si fuera necesario.

Nombre	Dirección Residencia	Ciudad / Estado / Código Postal	Parentesco con la Víctima	Fecha de Nacimiento

## SECCIÓN D – INFORMACIÓN DEL DELITO

**Ud. tiene que proporcionar la fecha del delito y el condado y el estado dónde el delito ocurrió.** Ud. puede tener la información de la agencia de autoridad policial que respondió al delito. Si el delito no fue reportado dentro de 48 horas, presente una declaración por escrito que explica por qué.

Tipo de Delito (*marque uno*):

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asesinato/Homicidio       | <input type="checkbox"/> Abuso Físico a un Menor | <input type="checkbox"/> Secuestro                                  |
| <input type="checkbox"/> Asalto Sexual a un Adulto | <input type="checkbox"/> Abuso Sexual a un Menor | <input type="checkbox"/> Incendio Provocado                         |
| <input type="checkbox"/> Robo por la Fuerza        | <input type="checkbox"/> Conductor Borracho/DUI  | <input type="checkbox"/> Pega y Corre (excluyendo daño a propiedad) |
| <input type="checkbox"/> Asalto                    | <input type="checkbox"/> Acecho                  | <input type="checkbox"/> Trata de personas                          |
| <input type="checkbox"/> Automóvil (no DUI)        | <input type="checkbox"/> Terrorismo              | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____                   |

¿El delito fue violencia doméstica?  No  Sí      ¿El delito ocurrió dentro del hogar de la víctima?  No  Sí

Fecha del Delito: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha en que fue reportado a las Autoridades Policiales: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 ( mm / dd / aaaa) ( mm / dd / aaaa)

Ubicación del Delito: \_\_\_\_\_  
 (Calle) (Ciudad) (Condado, requerido) (Estado, requerido)

¿La lesión o muerte de la víctima fue causada por un automóvil?  No  Sí

## SECCIÓN D – INFORMACIÓN DEL DELITO (CONTINÚA)

Por favor describa lo que pasó y las lesiones sufridas como resultado. Adjunte una copia del informe policial. También, por favor adjunte una copia del certificado de muerte si la víctima ha fallecido.

Nombre y dirección del (de los) delincuente(s), si se conoce. (Según la ley, se nos requiere notificar al (a los) delincuente(s) de esta reclamación.)

¿La víctima conocía al (a los) delincuente(s)?  No  Sí **De ser "sí", ¿de qué manera?** \_\_\_\_\_

¿La víctima vivía en el mismo hogar con el delincuente en el momento del delito?  No  Sí

¿La víctima todavía vive con el delincuente?  No  Sí

¿Quién está manejando el caso criminal?  El Fiscal Estatal  El Fiscal Federal

## SECCIÓN E – ASISTENCIA DE SEGURO Y FINANCIERA

¿Hay algún programa de beneficio, beneficio del empleador, o cobertura de seguro para asistirle con los gastos que se reclaman?

No  Sí

**De ser "sí",** por favor marque líneas abajo los beneficios que han sido pagados (o pueden ser pagados), parcialmente o completamente, para cualquier gasto que Ud. esté reclamando. También, por favor proporcione documentación de pagos hechos.

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Seguro de Automóvil | <input type="checkbox"/> Seguro de Propietario de Casa                   | <input type="checkbox"/> Seguro Social (beneficios de muerte, discapacidad, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Entierro  | <input type="checkbox"/> Seguro de Vida                                  | <input type="checkbox"/> Pago Anual/de Vacaciones                                 |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad        | <input type="checkbox"/> Medicare/Medicaid/TennCare                      | <input type="checkbox"/> Seguro /Administración de Veteranos                      |
| <input type="checkbox"/> Donaciones          | <input type="checkbox"/> Reembolso del Delincuente/Ordenado por la Corte | <input type="checkbox"/> Compensación a Trabajadores                              |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Salud     | <input type="checkbox"/> Pago por Enfermedad                             | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____                                 |

¿La corte ha ordenado que el delincuente le pague por sus pérdidas financieras?  No  Sí

**De ser "sí",** por favor adjunte una copia de la orden de reembolso.

¿Ud. ha presentado o piensa en presentar una demanda judicial?  No  Sí  Desconoce

**De ser "sí",** y Ud. es representado por un abogado, por favor proporcione el nombre y número de teléfono del abogado.

## SECCIÓN F – SUELDOS PERDIDOS

Complete esta sección solamente si es la víctima nombrada en Sección B y está reclamando sueldos perdidos de su empleo en el momento de la lesión. La información necesaria para verificar sueldos perdidos se describe líneas abajo. **NO complete esta sección si la víctima ha fallecido.**

¿Ud., la víctima, faltó al trabajo debido a lesiones?  No  Sí

**De ser "sí",** por favor pide que su(s) empleador(es) complete(n) un formulario de Declaración de Empleador. Si perdió más de dos semanas de trabajo, por favor proporcione una declaración del médico o una autorización del médico para volver al trabajo.

¿Estuvo trabajando por propia cuenta en el momento del delito?  No  Sí

**De ser "sí",** presente la declaración de impuestos más reciente o declaraciones de aquellos para quién la víctima trabajó, indicando la(s) cantidad(es) y fecha(s) por un período de al menos 12 meses anteriores al crimen. Si perdió más de dos semanas de trabajo, por favor proporcione una declaración del médico o una autorización del médico para volver al trabajo.

## SECCIÓN G – AUTORIZACIÓN Y SUBROGACIÓN

**VERIFICACIÓN DE SOLICITUD:** Yo por la presente certifico que, sujeto a la sanción de multa y encarcelación, que la información contenida en esta solicitud para compensación por lesiones debidas a un delito es veraz y correcta a mi mejor conocimiento.

**SUBROGACIÓN:** En consideración del pago recibido del Fondo de Compensación por Lesiones Debidas a un Delito, estoy de acuerdo con reembolsar el Fondo por la cantidad completa que yo recibí (o la que mi hijo o custodia recibió) del Fondo en el caso de que yo recupere (o mi hijo o custodia recupere) daños o compensación del delincuente o de cualquier otra fuente pública o privada como resultado de las lesiones o muerte que fue la base de mi reclamación para compensación por el Fondo. Para los fines de este Acuerdo, entiendo que compensación de "cualquier otra fuente pública o privada" incluye, pero no se limita a, recibo de seguro, Medicare, Medicaid, TennCare, compensación a trabajadores, pago de discapacidad, etc. Además estoy de acuerdo y entiendo que ninguna parte de la recuperación debido al Fondo de Compensación por Lesiones Debidas a un Delito puede ser disminuida por cualquier tarifa de recaudación o por cualquier otra razón en absoluto. Si yo (o mi hijo o custodia) elijo (elige) recuperar daños o compensación por la lesión o muerte de cualquier fuente, estoy de acuerdo con notificar prontamente al Fiscal General Distrital en el distrito dónde el delito ocurrió y al Programa de Compensación por Lesiones Debidas a un Delito enviando al Fiscal General Distrital y al Programa de Compensación copias de cualquier alegato, propuesta de acuerdo y cualquier otro documento relacionado con ello. Además estoy de acuerdo a cooperar completamente con el Estado de Tennessee si el Estado instituye una acción en contra de cualquier persona o entidad para la recuperación de todo o cualquier parte de la compensación que yo recibí (o que mi hijo o custodia recibió) del Fondo.

**AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Yo por la presente autorizo a cualquier hospital, médico, director de funeral, autoridad municipal, empleador o unión, compañía de seguro, oficina de servicio social, oficina de Seguro Social, o cualquier otra persona, firma, agencia u organización a suministrar el Fondo de Compensación por Lesiones Debidas a un Delito de Tennessee, o sus representantes, cualquier información solicitada, incluyendo información de impuestos y antecedentes policiales anteriores, necesaria para perfeccionar mi reclamación para compensación. Una fotocopia de esta autorización será considerada como vigente y válida como el original.

**REGISTROS PÚBLICOS:** Con la excepción de que lo proporcionado por las leyes federales o estatales aplicables, la información contenida en esta solicitud y todos los documentos presentados en respaldo de su reclamación están sujetos a las Leyes de Registros Públicos del Estado de Tennessee, según el Código de Tennessee Anotado, Título 10, Capítulo 7, Parte 5.

Certifico que he leído y/o entiendo y estoy de acuerdo con las declaraciones líneas arriba.

Firma de la Víctima/Reclamante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la Víctima/Reclamante en Letra de Molde: \_\_\_\_\_

Estado de \_\_\_\_\_ / Condado de \_\_\_\_\_

Jurado y suscrito ante mí, el infrascrito Notario Público hoy, el \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.

(SELLO)

Firma del Notario Público: \_\_\_\_\_

Mi comisión vence el: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN H – INFORMACIÓN DEL ABOGADO

Si elige que un abogado completa la solicitud para Ud., el abogado tiene que completar y firmar esta sección. **NOTA: Esto no es el fiscal estatal o federal que está manejando el caso criminal.**

Nombre Completo del Abogado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Condado) (Estado) (Código Postal)

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ FEIN o NSS: \_\_\_\_\_

**Certificación del abogado** - Por medio de la presente certifico que he sido contratado por, y que represento a, la víctima y/o al reclamante que está presentando esta solicitud. Además certifico que he leído la totalidad de esta solicitud con dicha persona y que dicha persona ha indicado que entiende todas las preguntas y disposiciones contenidas aquí.

Firma del abogado / Fecha: \_\_\_\_\_