



Kentucky Comisión de Reclamaciones

INFORMACIÓN GENERAL E INSTRUCCIONES DE PRESENTACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN Siguiendo las instrucciones de abajo acelerará el proceso de su reclamación

- Leer la aplicación a fondo y presentar toda la documentación requerida.
- Imprimir de forma legible en tinta, o escribir información. FIRME EN LA PÁGINA 5, SECCIÓN XIV.
- **Se requerirá una copia de un informe de la policía u otra documentación. Si no puede obtener una copia, indicarlo en su solicitud y el personal se pondrá en contacto cumplimiento de la ley.**
- Envíe el formulario completado, junto con toda la documentación requerida, a la dirección anterior.
- La víctima tiene que ser una víctima inocente de un crimen o alguna conducta que pudiera ser acusado como un crimen (no es necesaria una condena).
- El reclamante presentar en nombre de una víctima puede ser un tercero que está obligado a pagar las facturas relacionadas con el crimen de la víctima; un tutor legal; abogado o poder de representación de la víctima; el padre de un niño menor de edad; un cónyuge, padre o hijo sobreviviente de una víctima de la conducta criminal perjudicial que murió como resultado directo de esa conducta que ha pagado o te debe gastos relacionados con el delito.
- Sólo los gastos aptos para los que la víctima / reclamante no tiene otra fuente de pago pueden ser consideradas.
- Incidente debe ser reportado a la policía dentro de las 48 horas; o, si no se informa en el tiempo requerido, se debe proporcionar una razón justificable.
- Víctima / reclamante debe cooperar con la policía y el fiscal (es decir, declarar y / o proporcionar cualquier información veraz se requiere para procesar al presunto infractor).
- El plazo de presentación es de cinco años desde el momento del crimen, a menos buena causa puede ser proporcionada por el retraso.
- La ley estatal no permite los pagos por cualquier pérdida de propiedad, a excepción de lentes correctivos y prótesis dentales destruidas o perdidas como resultado del crimen.
- La cantidad que puede ser reembolsado tienen un límite de \$ 5,000 para gastos de funeral / entierro, y \$ 25.000 total de todos los gastos derivados de la delincuencia.
- Formulario de Verificación de empleo y la declaración del médico: completa sólo si la aplicación de los salarios perdidos
- Informe del Consejero de Salud Mental: sólo se completa si la solicitud de asesoramiento de salud mental o en su caso por los salarios perdidos.
- Las solicitudes sin un número de identificación emitida por el gobierno para el reclamante y / o de la víctima no se pueden aceptar.

<p align="center">IMPORTANTE</p> <p>Para acelerar la revisión de su reclamo llenar este formulario por completo y con la mayor precisión. Debe proporcionar la documentación necesaria para su tipo de reclamación. Todas las reclamaciones serán investigadas a fondo y verificaron.</p>	<p>Comisión de Reclamaciones de Kentucky Las víctimas del crimen Compensation 130 Brighton Park Blvd. Frankfort, KY 40601 Office 502-782-8255 Fax 502-573-4817</p>	<p align="center">SÓLO PARA USO DE OFICINA</p> <p>RECLAMACIÓN #: _____</p> <p>INVESTIGADOR: _____</p>
--	---	---

Sección I: Información de la víctima (para ser completada por víctima o el demandante)

de la víctima Nombre: _____ Seguridad Soc o Gov't ID #: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Hombre _____ Mujer en el momento de la delincuencia

Dirección: _____ Ciudad _____

Estado Código Postal _____

Teléfono #: (Inicio) _____ (Trabajo) _____ (celular) _____

Correo electrónico: _____

Sección II: Información del reclamante (para ser completada por la persona que presenta en nombre de una víctima)

Nombre del reclamante: _____ Relación con la víctima _____

Seguridad Soc o Gov't ID #: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Hombre _____ Mujer

Dirección: _____ Ciudad _____

Estado Código Postal _____

Teléfono #: (Inicio) _____ (Trabajo) _____ (celular) _____

Correo electrónico: _____

Sección III: Policial (adjuntar una copia del informe policial)

Ubicación del crimen: _____
Dirección condado de la ciudad

Fecha del crimen: _____ Fecha del informe: _____

Delito denunciado a: _____

Reportado dentro de las 48 horas del descubrimiento? _____ Si no

En caso negativo, explique por qué: _____

Nombre del Delincuente (s): _____

- Tipo de delito (Marque todo lo que corresponda)
- Incendio provocado
 - Asalto
 - Robo
 - Maltrato físico infantil / negligencia
 - niños en la pornografía
 - Asalto doméstica
 - DUI / DWI
 - Fraude / Delitos Financieros
 - Homicidio (asesinato)
 - Trata de personas
 - Secuestro
 - Otros Delitos Vehiculares
 - Robo
 - Asalto sexual para adultos
 - Asalto Sexual Infantil
 - acecho
 - Terrorismo

Delincuente (s) acusado de un delito? _____ Si no

En caso afirmativo, ¿qué cargo? _____

Lo Corte? Distrito: _____ Circuito: _____ juvenil: _____

Sección IV: Describe lo que pasó (Si lo sabe, por favor expalin el motivo por el crimen) Si necesita espacio adicional, por favor adjunte una página seprate.

Sección V: Describe cualquier lesión

Sección VI: Gastos Médicos y Dentales (Excluyendo los gastos de salud mental) Cada proyecto debe ser enumeran a continuación con el fin de tener en cuenta. Cada uno debe ser un resultado directo de la delincuencia, y cada uno debe tener una documentación detallada adjunta incluyendo la fecha y tipo de servicio. Si necesita spage adicional por favor adjunte una página seprate.

Nombre del proveedor	Cantidad total cobrada	Cantidad de seguro incluidos	Demandante / Víctima Fuera de bolsillo	Saldo actual

Sección VII: Gastos de Salud Mental

Cada proyecto debe ser enumeran a continuación con el fin de ser considerados. Cada uno debe ser un resultado directo de la delincuencia, y cada uno debe tener una documentación detallada adjunta incluyendo la fecha y tipo de servicio. Si necesita spage adicional por favor adjunte una página seprate.

Nombre del proveedor	Cantidad total cobrada	Cantidad de seguro incluidos	Demandante / Víctima Fuera de bolsillo	Saldo actual

Sección VIII: salarios perdidos

¿Cuál era la situación laboral en el momento del crimen? _____

Si se emplea, ¿La víctima / reclamante perder tiempo de trabajo como consecuencia de las lesiones?

Si la víctima está aplicando por los salarios perdidos:

- el Formulario de Verificación de Empleo debe ser presentada. El formulario debe ser completado por el empleador y ser notariada.
- La declaración del médico y / o mental Informe consejero de salud deben ser completado y firmado por el médico o terapeuta con licencia.
- Si la víctima fue autónomos, adjunte una copia de ambos Estado y de las declaraciones de impuestos federales de los dos años anteriores a la delincuencia.

SECCIÓN IX. Información financiera (Esta información es acerca de la persona para la que se solicita la ayuda). Excluir los gastos solicitados en la demanda.

El ingreso mensual total antes del incidente _____ Gastos pagados por mes _____
Total de ingresos mensuales actuales _____ Gastos pagados por mes _____

Liste TODAS las fuentes de ingresos: (incluya todas las fuentes de ingresos incluyendo los ingresos del cónyuge, cupones de alimentos, el bienestar, manutención, seguridad social, pensiones, beneficios de compensación laboral, beneficios de veteranos, AFDC, o cualquier otro ingreso. Anotar las cantidades mensuales.

SECCIÓN X. Funerarios / Decesos (Esta sección debe ser llenada sólo si la víctima ha fallecido)

REEMBOLSO NI EL PAGO DE FUNERAL / gastos de entierro CAÑÓN más de \$ 5,000. LA contrato funerario que muestra la persona con autoridad legal que ser instalada.

Fecha de muerte: _____
Mes día año

Enumerar las ventajas disponibles a partir de cualquiera de las siguientes fuentes: (lista de cualquiera y todas las cantidades recibidas o por recibir

o para ser recibida por la víctima o demandante). **Esto incluye cualquier dinero recibido de las contribuciones o donaciones.**

Seguro de vida: \$ _____ por Accidentes de Trabajo: \$ _____ funeraria / Seguros de entierro: \$ _____

Seguridad Social: \$ _____ Raíces: _____ Otro: _____

Las donaciones (incluyendo sitios web de crowdfunding) _____

Los gastos funerarios / entierro continuaron (Esta sección debe ser llenada sólo si la víctima ha fallecido)

Nombre de la funeraria: _____

Dirección: _____ Teléfono _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Total de Gastos funerarios: \$ _____ ¿Han sido pagados () Sí () No

En caso afirmativo, por quién: _____ relación con la víctima:

Sección XI. Pérdida de manutención (Llene esta sección si es dependiente económicamente de la víctima, o de presentación para alguien que depende económicamente de la víctima).

la situación laboral de la víctima en el momento del crimen: () Empleado () Desempleado

Si se emplea, el Formulario de Verificación de Empleo se adjunta deberá ser llenada y firmada por el empleador y un notario.

El ingreso lista que ahora reciben como resultado de la muerte de la víctima. (Se debe incluir todas las cantidades que se reciben y adjuntar toda la documentación que muestra las cantidades y fuentes).

Seguridad Social: \$ _____ de accidente de trabajo: \$ _____ Bienestar: \$ _____

AFDC: \$ _____ Otros: \$ _____ (Fuente y cantidad recibida)

Sección XII. Información del Gobierno Federal (Opcional / con fines estadísticos solamente)

Grupo étnico (la víctima) ¿Está usted (por favor marque lo que corresponda)

- () Europeo () ciudadano de los EEUU () Handicap () Kentucky Residente
- () Afroamericano
- () Indio Americano o Nativo de Alaska
- () Hispano / Latino Quién lo refirió al programa de compensación?
- () Multirracial () Aplicación de la Ley () hospital () asesor de víctimas
- () () Fiscal () Juez de Asia () Otro _____
- () Nativo / otras islas del Pacífico de Hawai
- () Otros Es este un delito federal? () Si no

Sección XIII. La restitución y la Demanda Civil (Introduzca información con respecto a los pagos que el tribunal ha ordenado a pagar por el delincuente

o cualquier arreglo que haya recibido o recibirá como resultado de una demanda)

La víctima y / o el solicitante presentó o planes para presentar una demanda civil en contra de cualquier persona relacionada con la lesión recibida como una consecuencia del delito. () Si no

En caso afirmativo, nombre del abogado: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

El delincuente fue ordenada por la corte para pagar la restitución. () Sí () No En caso afirmativo, cantidad: \$

¿Cómo ha de ser pagado? _____

Kentucky Comisión de Reclamaciones

verificación de empleo

sólo se completa si se solicita por los salarios perdidos / pérdida de apoyo
Para ser completado y firmado por el único empleado. Este formulario debe ser notariado.

Nombre del empleado: Seguridad Social:

Fecha del crimen: La víctima fue empleado en el momento del crimen () Sí () No

En caso afirmativo, complete lo siguiente:

Nombre del empleador: Teléfono:

Dirección Código postal Ciudad Estado

Víctima tiempo de trabajo debido a las lesiones relacionadas con el crimen olvidada: () Si () No

En caso afirmativo, a partir de

Los elementos que se enumeran a continuación son para ser cantidades semanales:
Los ingresos brutos: \$ neto para llevar a casa la utilidad por semana: \$

Fiscal de la Federación retenido: \$ de Impuestos del Estado retenido: \$ Seguridad Social Retenida: \$

Otras deducciones (detallada): \$ días típicos trabajadas por semana: MTW V S D

Por favor marque

Víctima ha vuelto al trabajo: () Sí () el salario de ninguna víctima continuó mientras que el trabajo fuera: () Si () No

Si el salario de la víctima continuó mientras que fuera del trabajo, complete lo siguiente:

Table with 4 columns: deducciones, Cantidad por Semana, Fecha de inicio, Fecha de finalización. Rows include: trabajadores Comp, Desempleo, Seguros - Salud, Seguros - Otros, Vacaciones, Enfermos, Grupo de los empleadores, Discapacidad, Unión, Otro.

Nombre del empleador y el Título

Los empleadores Firma

Lo siguiente debe ser completada por un notario:

SUSCRITO Y JURADO ante mí por

ESTE DÍA DE . 20

MI COMISIÓN EXPIRA:

Firma:

Sello o estampilla fijada aquí

Kentucky Comisión de Reclamaciones

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Para ser completado y firmado por el médico solamente.
sólo se completa si aplica para los salarios perdidos.

Víctima / Nombre del paciente: _____

Tipo de lesión: _____

Fecha de la lesión: _____ Fecha (s) víctima / el paciente es incapaz de trabajar: _____ to

Víctima / paciente sufrió una incapacidad permanente: () Si () No

En caso afirmativo, indique el porcentaje de la víctima de la incapacidad permanente para el cuerpo como un todo de acuerdo con la AMA directrices:

Descripción de la lesión / trauma causado por la delincuencia y comentarios:

Nombre del médico: _____ Especialidad: _____

Dirección de la oficina:

_____ Dirección Código postal Ciudad Estado

Teléfono: _____ Número de licencia estatal: _____

_____ Fecha _____ Firma del médico

Kentucky Comisión de Reclamaciones

INFORME DE LA SALUD MENTAL CONSEJERO

Para ser completado por única consejero. Debe incluir un plan de tratamiento adjunto. sólo se completa si aplica para el tratamiento mental o en su caso por los salarios perdidos.

Víctima / reclamante que reciben tratamiento: _____

Crimen Fecha: _____ Fecha (s) víctima / reclamante que no pueden trabajar: _____
_____ a

El trauma y el tratamiento es un resultado directo de este crimen () Sí () No

Presentando queja: _____

El diagnóstico de registro:

Descripción del trauma psicológico que resulta de la delincuencia:

Seguro de salud: _____
Empresa Nombre Número de Teléfono / Extensión

Dirección Código postal Ciudad Estado

**** POR FAVOR ADJUNTAR PLAN DE TRATAMIENTO DEL PACIENTE ****

Nombre del médico / terapeuta / consejero: _____ Especialidad:

Dirección de la oficina:

Dirección Código postal Ciudad Estado

Teléfono: _____ Número de licencia estatal: _____

Médico / terapeuta / Firma del Consejero Fecha