Departamento de Justicia de Oregon
División de Servicios para Víctimas y Sobrevivientes de Crimen
Todas las víctimas, todos los crímenes, todos los derechos, en todo momento.

Solicitud de Compensación para Víctimas de Crimen

Si usted ha sido víctima de un crimen violento en Oregon, puede ser elegible para recibir ayuda a través del programa de Compensación para Víctimas de Crimen (CVC, por sus siglas en inglés).

Importante: El CVC no solicita ni toma en cuenta el estatus de inmigración para determinar la elegibilidad para la compensación.

Puede solicitar ayuda de CVC para gastos relacionados con el crimen, por ejemplo:

- Funeral
- Consejería para sobrevivientes
- Pérdida de apoyo
- Limpieza de la escena del crimen

Respuestas a las preguntas más frecuentes

- Usted no puede recibir compensación del CVC por propiedad perdida o dañada, ni por dolor y sufrimiento.
- El CVC solo puede compensar por la pérdida de apoyo si la víctima tenía empleo al momento del crimen. Los dependientes de la víctima empleada son elegibles para la pérdida de apoyo.
- El CVC es el pagador de último recurso y solo puede pagar por los gastos no cubiertos por el seguro médico, seguro de vivienda o seguro de auto (si corresponde).

¿Cómo presento una solicitud?

Puede presentar su solicitud de forma electrónica a través del Portal de Compensación para Víctimas de Crimen en doj.state.or.us/cvcportal.

También puede enviar su solicitud por correo electrónico: cvssd@doj.state.or.us

Puede enviar una solicitud impresa por correo postal a:

Oregon Department of Justice
Crime Victims' Compensation Program
1162 Court Street NE
Salem, OR 97301–4096
Teléfono: 503-378-5348 o 1-800-503-7983

Debe firmar el formulario para darnos permiso de verificar la información proporcionada en su solicitud. El CVC no puede procesar las solicitudes que no estén firmadas. No procesaremos una solicitud a menos que usted nos entregue una divulgación firmada.

Materiales accesibles

Para pedir esta solicitud en otro idioma, en un formato electrónico para lectores de pantalla o para solicitar una adaptación, comuníquese con nosotros en:

Correo electrónico: cvssd@doj.state.or.us
Teléfono: 503-378-5348 o 1-800-503-7983

¿Cómo puedo obtener ayuda relacionada con esta solicitud?

- Puede encontrar programas de servicios para víctimas que le ayudarán con su solicitud en cada condado: doj.state.or.us/davap
- •Cuando use el Portal de CVC, consulte el tutorial en: doj.state.or.us/cvcportal-tutorial.

¿Cuáles son los siguientes pasos?

- Le avisaremos por correo postal o correo electrónico cuando se tome una determinación (generalmente en un plazo de 1 a 2 semanas). Usted recibirá un número de reclamo para dar seguimiento a su reclamo en el Postal de CVC en línea.

Para obtener más información, visite nuestro sitio web: doj.state.or.us/crime-victims

Actualización: 2023

Programa de Compensación para Víctimas de Crimen de Oregon

El programa de Compensación para Víctimas de Crimen (CVC, por sus siglas en inglés) está aquí para ayudarle. Nuestra misión es disminuir el impacto de los crímenes sobre las víctimas y sus familias. Si tiene alguna pregunta sobre el programa de CVC, llámenos gratis al 1-800-503-7983 o envíenos un correo electrónico en cualquier idioma a cvssd@doj.state.or.us.

Formulario de solicitud relacionada con un homicidio – La información marcada con un * es obligatoria. Se requiere la información marcada con ♦, de acuerdo con una respuesta previa. Lea las instrucciones en esa sección para ver si la información se requiere en su situación.

Tipo de crimen:

☐ Homicidio
☐ Testigo de un homicidio (si seleccionó esta opción, complete únicamente las partes marcadas con ♦)

Información de la víctima (Persona que falleció. Se requiere la fecha del fallecimiento). ♦

Primer nombre: *	Segundo nombre:	Apellido: *
Fecha de nacimiento: *	Fecha del fallecimiento: *	

Información del/de la solicitante Familiar de una víctima fallecida, la persona que fue testigo del homicidio o la persona que es económicamente responsable por el funeral. ♦

Primer nombre: *	Segundo nombre:	Apellido: *	Su relación con la víctima: *		
Dirección postal: *		Número de apartamento: *	Ciudad: *	Estado: *	Código postal: *
Teléfono: *	Idioma preferido:	Fecha de nacimiento: *	Pronombres:		
¿Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico? * ☐ Sí ☐ No	Si contestó "sí", comparta su dirección de correo electrónico:				

Información del crimen:

¿Hubo un vehículo involucrado en el crimen? * ☐ Sí ☐ No	Si contestó "sí", mencione el seguro de auto y el número de reclamo de la víctima: ♦
Presunto sospechoso (si se conoce): *	Fecha de nacimiento:
Persona sospechosa adicional (si corresponde):	Fecha de nacimiento:

Fecha del crimen: *	Número de denuncia:	Nombre del departamento de policía: *
Ubicación del crimen – dirección: *		
Información adicional:		

Persona de contacto opcional (persona con quien podamos hablar sobre su reclamo)

Primer nombre:	Apellido:	Idioma preferido:
Número de teléfono del contacto:	Correo electrónico del contacto:	Relación de la persona de contacto con la víctima:

Información sobre el/la defensor(a) (la persona de servicios para víctimas o defensor[a] que le está ayudando

Nombre del/de la defensor(a):	Correo electrónico del/de la defensor(a):	Teléfono del/de la defensor(a):	Condado:

Información sobre el tratamiento médico

¿Se transportó a la víctima al hospital? ☐ Sí ☐ No De ser así, nombre del hospital:	¿Tenía la víctima seguro médico? ☐ Sí ☐ No De ser así, nombre del seguro:

Abogado civil

¿Ha contratado usted un abogado civil? ☐ Sí ☐ No

Nombre del/de la abogado(a): ♦	Teléfono: ♦	Correo electrónico: ♦

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Pérdida de apoyo (los dependientes de la víctima fallecida pueden ser elegibles para la pérdida de apoyo. Los tutores de los dependientes deben solicitar estos beneficios).

¿Tenía empleo la víctima en la fecha del crimen? * ☐ Sí ☐ No Si contestó "sí", se debe llenar la información marcada con ♦ a continuación.

Nombre del empleador de la víctima: ♦	Teléfono: ♦	Dirección y/o correo electrónico: ♦

Al momento de la muerte, ¿estaba la víctima manteniendo económicamente a algún dependiente? ☐ ☐Sí ☐ ☐No

Nombre del/de la dependiente:	Fecha de nacimiento:	Dirección:	Relación con la víctima:

Información sobre el funeral

Proveedor de servicios funerarios:	Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono:

Divulgación requerida para procesar su solicitud

El programa de Compensación para Víctimas de Crimen (CVC, por sus siglas en inglés) debe verificar la información en una solicitud. Al firmar esta divulgación, está dando su permiso para que el CVC recopile información relacionada con su solicitud, incluida información de la policía, de su(s) empleador(es), de las compañías de seguros, instituciones financieras, centros médicos y otras fuentes, con el fin de determinar y gestionar su reclamo. Nunca nos pondremos en contacto con el presunto responsable o los testigos civiles durante el proceso de revisión de su reclamo.

Usted debe firmar este formulario para permitir que el CVC verifique la información en su solicitud. Devolveremos cualquier solicitud que no esté firmada.

Divulgación de información médica y de otro tipo

Al firmar esta solicitud, doy mi consentimiento para la divulgación de expedientes entre el CVC y cualquier hospital, médico, consejero, centro y servicio médico; cualquier aseguradora, incluidos los beneficios del Seguro Social y Discapacidades; cualquier empleador; y cualquier agencia de servicios sociales o gubernamental, incluidos el Departamento de Empleo, el Departamento de Servicios Humanos, la División de Compensación al Trabajador, la Oficina del Fiscal General del condado y el Administrador del Tribunal Estatal; o cualquier otra persona o agencia de orden público autorizada para los fines relacionados con mi solicitud del CVC, la gestión de mi reclamo y la restitución.

También doy mi consentimiento para divulgar a CVC cualquier documento relacionado con los beneficios o estatus de discapacidades, ingresos de otras fuentes y/o mis expedientes médicos, incluso si incluyen información sobre drogas, alcohol, salud mental o pruebas de VIH.

El reclamo es válido durante 3 años a partir de la fecha de aceptación. Esta divulgación es válida hasta que venza el reclamo o el/la solicitante revoque el consentimiento

Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, pero mi revocación no puede aplicarse retroactivamente a las divulgaciones que ya hayan ocurrido.

Otra información sobre la compensación o información fraudulenta

Al firmar esta solicitud, acepto informar inmediatamente a CVC cuando espere recibir o reciba cualquier recuperación relacionada con el crimen (cualquier pago o compensación relacionado con este crimen, como pagos del seguro).

Si recibo recuperación relacionada con el crimen de otras fuentes, acepto reembolsarle a CVC de esos pagos de recuperación hasta la cantidad total que CVC me haya otorgado. Acepto que las fuentes de recuperación aplicables con respecto al presente acuerdo incluyen, entre otras, indemnización impuesta por el tribunal, sentencias civiles en contra del delincuente u otras terceras partes responsables/obligadas, cualquier indemnización de seguro, o indemnizaciones/beneficios de cualquier otra agencia gubernamental o privada. **Acepto reembolsarle al CVC todo el dinero que el CVC pagó en relación con este reclamo si se determina que el reclamo fue fraudulento.**

Firma – Al firmar esta solicitud, declaro bajo penalización de falsificación no jurada que la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Autorizo al programa de Compensación para Víctimas de Crimen del Departamento de Justicia de Oregon a verificar cualquier información en esta solicitud.

Firma de la víctima o del/de la solicitante:	Fecha:
Firma de una víctima de entre 14 y 17 años de edad:	Fecha:

Contexto jurídico

De acuerdo con el ORS 147.105 (1)(i), CVC tiene la autoridad para solicitar información con el fin de procesar solicitudes de compensación. Si usted recibe compensación debido a que falsificó información de forma intencional que CVC utilizó para determinar o para pagar la compensación, su adjudicación de compensación se perderá.

No discriminación

El CVC está comprometido con brindar servicios libres de discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, grupo étnico, religión, sexo, discapacidad, edad, identidad de género, orientación sexual y casta. Todos los programas federalmente financiados, incluido el CVC, tienen prohibido discriminar de esta forma con base en el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, 42 U.S.C. 2000(d); Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1974, en su versión modificada: Subtítulo A, Título II de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés); regulaciones del Departamento de Justicia sobre la discriminación por discapacidad, 28 CFR Partes 35 y 39; Título IX de las Enmiendas sobre la Educación de 1972; la Ley de Discriminación por Edad de 1974; la Ley Ómnibus para el Control de la Delincuencia y la Seguridad en las Calles; la Ley de Víctimas del Crimen; la Ley de Violencia en Contra de las Mujeres; y las regulaciones de no discriminación del Departamento de Justicia, 28 CFR Parte 42, Subpartes C, D, E y G.

La siguiente información voluntaria se usa para fines estadísticos únicamente con el fin de cumplir con las normas federales.

¿Es la víctima una persona con discapacidades? ☐ Sí ☐ No	**¿La víctima tenía una discapacidad antes de la fecha del crimen?** ☐ Sí ☐ No	**Género:**

Raza/grupo étnico de la víctima:

☐ Negro o afroestadounidense	☐ Asiático	☐ Múltiples razas
☐ Indígena estadounidense o indígena de Alaska	☐ Hispano o latino	☐ Otro grupo étnico:
☐ Indígena de Hawái o de otra isla del Pacífico	☐ Blanco no latino	