



**INSTITUTO DE JUSTICIA PENAL DE INDIANA  
FONDO DE COMPENSACIÓN POR DELITOS VIOLENTOS**

402 West Washington Street, W160

Indianapolis, Indiana 46204-3414

Número de teléfono: 1-800-353-1484

Correo electrónico: [ViolentCrimeCompensation@cji.in.gov](mailto:ViolentCrimeCompensation@cji.in.gov)

La Asamblea General de Indiana creó el Fondo de Compensación para las Víctimas de Delitos Violentos de Indiana para proporcionarles asistencia financiera, y le encargó al Instituto de Justicia Penal de Indiana (Indiana Criminal Justice Institute, ICJI) la gestión de dicho fondo. Las víctimas y, en algunos casos, sus dependientes pueden tener derecho a recibir ayuda para determinados gastos que se deriven directamente de un delito violento. A continuación, se detallan los requisitos de elegibilidad, las categorías de compensación y los límites de pago.

**Requisitos de elegibilidad**

1. El demandante debe ser víctima, cónyuge superviviente o hijo dependiente de una víctima de un delito violento que se considere elegible.
2. El delito tiene que haberse producido en Indiana.
3. El delito debió denunciarse ante las fuerzas del orden público en las setenta y dos (72) horas siguientes al incidente. Además, la víctima o el demandante deben cooperar con las fuerzas de orden público durante la investigación y el proceso judicial del delito.
4. La víctima tuvo que pagar un mínimo de \$100 en gastos como consecuencia del delito.
5. La víctima no puede haber contribuido al delito ni a sus lesiones.
6. La solicitud de los beneficios debe presentarse ante el Instituto de Justicia Penal de Indiana a más tardar ciento ochenta (180) días después de la fecha del delito. Se pueden hacer ciertas excepciones en caso de circunstancias exigentes y cuando se trate de víctimas de delitos sexuales contra menores.
7. Si el demandante es menor de dieciocho (18) años, un padre o tutor legal debe firmar y fechar la solicitud.

Cuando se trate de circunstancias especiales, los demandantes deben ponerse en contacto con el CIJI para obtener información sobre los requisitos.

**Las categorías de compensación y los límites de pago pueden incluir:**

1. Gastos médicos, dentales y de asesoramiento para la salud mental (que no excedan los \$15,000).
2. Posible pérdida de ingresos si la víctima tenía un empleo cuando se produjo el incidente. La pérdida de ingresos solo está disponible si el demandante no ha alcanzado el pago máximo legal de \$15,000.
3. Pérdida del apoyo económico que proporcionaba la víctima. Se requiere la documentación adecuada. La pérdida del apoyo económico solo está disponible si el demandante no ha alcanzado el pago máximo legal de \$15,000.
4. Los gastos de funeral, entierro e incineración no deben exceder los \$5,000.

Nota: Notifique al CIJI cualquier cambio de nombre, dirección o número de teléfono.



## SOLICITUD DE LOS BENEFICIOS DEL FONDO DE COMPENSACIÓN POR DELITOS VIOLENTOS

Formulario estatal 23776 (R11 / 2-14)

\* Esta agencia estatal solicita que divulgue su número de la Seguridad Social, el cual es necesario para cumplir con los fines estatutarios de dicha agencia según el Código de Indiana (Indiana Code, IC) 4-1-8-1. La divulgación es obligatoria y este expediente no puede tramitarse sin ella.

\*\* Esta información es solo para fines estadísticos y no afectará la elegibilidad del demandante.

Preguntas o inquietudes: Puede ponerse en contacto con el Instituto de Justicia Penal de Indiana por el 1-800-353-1484 o al enviar un correo electrónico a [ViolentCrimeCompensation@cji.in.gov](mailto:ViolentCrimeCompensation@cji.in.gov).

INFORMACIÓN SOBRE LA VÍCTIMA			
¿Es la víctima el demandante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Quién presenta la demanda? <input type="checkbox"/> Víctima <input type="checkbox"/> Demandante <input type="checkbox"/> Abogado	
Nombre de la víctima ( <i>nombre, apellido, inicial del segundo nombre</i> )			
Número de la Seguridad Social o número de identificación fiscal*	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Raza ** <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Indio <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Nativo americano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____	
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a): <input type="checkbox"/> Otro _____	Fecha de nacimiento ( <i>mes, día, año</i> )		Fecha del delito ( <i>mes, día, año</i> )
Dirección de la víctima ( <i>número y calle</i> )		Dirección de correo electrónico	
Ciudad, estado y código postal		Número de teléfono ( )	
INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE ( <i>si es el mismo que la víctima, déjelo en blanco</i> )			
Nombre del demandante ( <i>si es diferente al de la víctima, incluya el nombre, apellido e inicial del segundo nombre</i> )		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Dirección de la víctima o demandante ( <i>número y calle</i> )		Número de la Seguridad Social *	
Ciudad, estado y código postal		Número de teléfono ( )	
Relación con la víctima		Dirección de correo electrónico	
INFORMACIÓN ESPECÍFICA SOBRE EL DELITO			
¿Se trata de un accidente automovilístico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del seguro del automóvil de los siguientes: Sospechoso(a): Víctima:		
¿La víctima tiene lesiones físicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del centro médico en donde se realiza el tratamiento		
¿Qué formas de compensación solicita? <input type="checkbox"/> Médico/dental/asesoramiento <input type="checkbox"/> Funeral/entierro <input type="checkbox"/> Pérdida de ingresos <input type="checkbox"/> Pérdida de apoyo <input type="checkbox"/> Otro _____	Indique cuál de los siguientes cubrió alguno de los gastos relacionados con la lesión: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Seguro médico <input type="checkbox"/> Indemnización laboral <input type="checkbox"/> Beneficios del seguro de vida <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Fiduciario del <input type="checkbox"/> Beneficios de la <input type="checkbox"/> Beneficencia condado Seguridad Social <input type="checkbox"/> Otro _____		
¿Estaba empleado cuando ocurrió el incidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del empleador		
Dirección del empleador ( <i>número y calle, ciudad, estado y código postal</i> )		Número de teléfono del empleador ( )	
Hora en que ocurrió el delito <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	Fecha de la denuncia ante la policía ( <i>mes, día, año</i> )	Tipo de delito	Ciudad y condado en donde ocurrió el delito
Nombre del sospechoso(a)		Relación con la víctima	
¿El sospechoso fue arrestado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está dispuesto a ayudar a las fuerzas de orden público en el proceso judicial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si no está dispuesto(a) a presentar una demanda. ( <i>Explique por qué</i> )	
Explicación del delito:			
Agencia de policía ante la que se presentó la denuncia		Nombre del funcionario	Número de la denuncia policial
Agencia fiscal		Número de la causa	

## EXENCIONES Y CERTIFICACIÓN

Inicial	<p><b>EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD</b></p> <p>Por medio de la presente, eximo al estado de Indiana y al Instituto de Justicia Penal de Indiana de toda responsabilidad que pueda estar relacionada con la tramitación y el pago de esta demanda. En caso de que el fondo del que se paga la indemnización, si se admite la demanda, fuese tal que sea necesario prorratear el pago de esta, por medio de la presente, exoneró y eximo al estado de Indiana y al Instituto de Justicia Penal de Indiana de cualquier y toda responsabilidad que exceda la cantidad que realmente se me pagó de dicho fondo.</p>		
Inicial	<p><b>SUBROGACIONES</b></p> <p>Por medio de la presente, el demandante certifica que no se ha otorgado ni se otorgará ninguna exención en el pago o acuerdo mutuo con ningún tercero que pueda ser responsable de los daños al demandante; y el demandante, en consideración de cualquier pago o adjudicación por parte del Instituto de Justicia Penal de Indiana, de acuerdo con el IC 5-2-6.1-22, aquí subroga al estado de Indiana en el caso de cualquier pago o adjudicación a cualquier derecho o causa de acción en que incurra el solicitante contra cualquier tercera persona, y acuerda aceptar cualquier pago o adjudicación de conformidad con las disposiciones del estatuto. El demandante autoriza al estado de Indiana a demandar en su nombre, pero a expensas del estado de Indiana, comprometiéndose a cooperar plenamente en dicha acción, a ejecutar y entregar todos los documentos e instrumentos y a hacer todo lo necesario para garantizar dicho derecho a una causa de acción.</p>		
Inicial	<p><b>CONSENTIMIENTO PARA PAGAR A LOS PROVEEDORES</b></p> <p>Por medio de la presente, consiento y acuerdo que, si se hace una adjudicación, el dinero que se deba a cualquier proveedor de servicios médicos y a cualquier otra persona o entidad calificada, incluidos los honorarios correspondientes a mi abogado, puede ser pagado por la agencia directamente a dicho proveedor, entidad o abogado y no es necesario que se me pague a mí.</p>		
<p><b>AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN</b></p> <p>Por medio de la presente, autorizo el uso o la divulgación de mi información médica protegida descrita a continuación. Entiendo que esta autorización es voluntaria y se hace para confirmar mi decisión.</p> <p>Entiendo que, si las personas u organizaciones a las que autorizo a recibir o utilizar la información médica protegida descrita a continuación no son planes de salud, proveedores de atención médica cubiertos o centros de intercambio de información médica sujetos a las leyes federales de privacidad de la información médica, podrán divulgar posteriormente la información médica protegida y esta podría dejar de estar protegida por las leyes federales de privacidad de la información médica.</p> <p>Por medio de la presente, autorizo a cualquier hospital, médico, funeraria u otra persona que haya prestado servicios a o para el individuo nombrado a continuación; a cualquier empleador del individuo nombrado a continuación; a cualquier policía u otra autoridad o agencia municipal o autoridad pública; a cualquier compañía u organización de seguros, o a su representante, a divulgar cualquier y toda la información relacionada con el incidente que resultó en la lesión personal o muerte de los individuos nombrados a continuación, y la demanda hecha por medio de la presente para recibir beneficios.</p> <p>Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.</p>			
<table border="1"> <tr> <td>Nombre de la persona cuyo expediente será divulgado</td> <td>Número de la Seguridad Social *</td> </tr> </table>		Nombre de la persona cuyo expediente será divulgado	Número de la Seguridad Social *
Nombre de la persona cuyo expediente será divulgado	Número de la Seguridad Social *		
Nombre de los proveedores de servicios, personas u organizaciones autorizadas a divulgar la información			
Información o registros de salud protegidos que se utilizarán o divulgarán			
<p><b>ENTIDADES AUTORIZADAS A UTILIZAR O DIVULGAR:</b></p> <p>Nombre o identifique específicamente a las personas u organizaciones a las que autoriza a hacer uso o divulgar la información médica protegida descrita anteriormente:</p> <p>Instituto de Justicia Penal de Indiana</p>			
Yo, el demandante abajo firmante, certifico por medio de la presente, bajo pena de perjurio, que las declaraciones hechas en este documento son verdaderas a mi leal saber y entender y que fueron hechas para propiciar que el estado de Indiana me otorgue beneficios por las pérdidas incurridas, según lo descrito anteriormente, a través del Instituto de Justicia Penal de Indiana, de acuerdo con lo indicado en el IC 5-2-6.1-40.			
Firma del demandante	Fecha (mes, día, año)		