Rev.7/04

SOVA

State Office of Victim Assistance (Oficina Estatal de Atención a las Víctimas)

1205 Pendleton St., Brown Building Room 401,
Columbia, SC 29201 1(800) 220-5370 or (803) 734-1900

Solicitud de Compensación para Víctimas de Delitos

Por favor llame a un defensor de víctimas local o a nuestra oficina sobre ayuda para diligenciar este formato. Utilice un formato separado por cada persona que presenta una demanda.

Sección 1
Persona que Recibe Información sobre los Servicios

(encierre en un círculo) Sr./ Sra./ Srta._____
Nombre completo de la persona que recibe los servicios/beneficios, (como aparece legalmente)

_____
Número de Seguridad Social Fecha de Nacimiento Sexo

La persona que recibe los servicios es la Víctima ___ (tal como se identifica en el reporte del incidente sobre el cual se basa esta demanda)
O, el(la) ___ Esposo(a) ___ Padre/Madre ___ Hermano(a) __ Hijo(a) ___ Otro: _____de la Víctima.

Marque los servicios solicitados: ___ Médicos ___ Asesoría psicológica ___ Pérdida de Salario /Soporte __ Entierro ___Otro:

_____

Sección 2
Información sobre la Víctima

La Víctima es la misma persona relacionada como la víctima en el reporte del incidente delincuencial.

(encierre en un círculo) Sr./ Sra./ Srta. _____

Marque si la Víctima: __ falleció __ es menor de 17 años __ es incompetente __ está discapacitada

_____
Nombre Completo (como aparece legalmente) Nombre tal como aparece en el reporte del incidente

_____
Número de Seguridad Social Fecha de Nacimiento

_____
Dirección de Correo Residencial Ciudad/Condado Estado Código Postal

_____
Número de Teléfono Residencial Otro(s) número(s) telefónico(s) en los que SOVA puede contactar a el/la víctima con tranquilidad

Esta información se solicita con fines estadísticos, y es opcional.

Sexo: ___ Masculino ___ Femenino
Raza: ___ Blanco ___ Afro-americano ___ Hispano ___ Nativo Americano __ Asiático o de las Islas del Pacífico ___ Otro _____

Sección 3
Información sobre el Demandante

El Demandante es el adulto que asume la responsabilidad por las cuentas relacionadas con el delito y/o el adulto que tiene custodia física de un menor.

(encierre en un círculo) Sr./ Sra./ Srta. _____
Nombre Completo (como aparece legalmente)

Relación con la víctima _____

_____
No. de Seguridad Social Fecha de Nacimiento

_____
Dirección de Correo Residencial Ciudad/Condado Estado Código Postal

_____
Número de Teléfono Residencial Otros números telefónicos en los que SOVA puede contactarlo(a) (es decir, trabajo, teléfono celular, fax).

Sección 4
Información sobre el Delito

Adjunte una copia del reporte policíaco del incidente, si está disponible.

Si no contactó a un ente judicial, si no se realizó un informe escrito del incidente dentro de las 48 horas siguientes al delito, o si no presentó esta demanda ante SOVA dentro de los 180 días siguientes al delito, por favor explique porque:

_____

_____

_____

_____

_____

Fecha del delito_____

Fecha en que el delito fue reportado _____

Nombre de la entidad legal _____

Ubicación/Dirección del Delito Ciudad/Condado Estado Número del reporte del incidente
_____

¿Se ha llevado el caso a la corte? ___ Sí___ No

Tipo de delito y breve descripción del incidente _____

_____

_____

_____

_____

Tipo de Lesión _____

_____

Nombre(s) del(los) Delincuente(s) _____

Relación del(los) Delincuente(s) con la Víctima _____

No.(s) de Orden(es) _____

¿Se ha llevado el caso a la Corte? ___ Sí___ No

Si responde afirmativamente, ¿por cuánto se ordenó la indemnización? ___ Ninguna o Suma Ordenada $_____ y Suma Pagada a la Fecha $_____

Por favor indique el tipo de Corte: _____ Juzgado de Primera Instancia _____ Municipal _____ Sesiones Generales

Sección 5
Información de Gastos Relacionados con el Delito

Adjunte copias de las cuentas detalladas y de las páginas adicionales, de ser necesarias.

Servicios suministrados desde (fecha) a (fecha) _____

Teléfono # Fax _____

_____
Médico/Hospital

_____
Asesor

_____
Funeraria

Sección 6
Información sobre Seguro de Salud / Subsidios

Haga una lista de las pólizas de seguro, incluyendo Medicaid y Medicare.

_____

_____

_____

Sección 7
Información sobre Pérdida de Salario / Soporte

Llene si usted no ha podido trabajar durante al menos dos semanas seguidas, debido a sus lesiones o por estar cuidando a una víctima lesionada.

Nombre del Empleador | Número de Teléfono | Número de Fax | Nombre del Empleado

Nombre y Dirección de la Compañía/Negocio (Si tiene más de un empleador, por favor adjunte hojas adicionales.)

Encierre en un círculo Sí o No
Si se lesionó en el trabajo, ¿tiene su empleador Compensación de Trabajadores? Sí No
¿Ha presentado o presentará un reclamo al Seguro Social (SSI) por incapacidad? Sí No
¿Está perdiendo su familia ingresos/sueldos debido al delito? Sí No
¿Está faltando al trabajo por cuidar a la víctima? Sí No
¿Ha contratado a un abogado para llegar a un acuerdo con el seguro o para entablar una demanda? Sí No

Si responde afirmativamente, por favor explique:

Sección 8
Información sobre la Acción Civil

¿Ha contratado a un abogado para llegar a un acuerdo con el seguro o para entablar una demanda? Sí No

Si responde afirmativamente, por favor indique:

Nombre del Abogado | Dirección de Correo Postal | Número de Teléfono

Sección 9
Información sobre la Fuente de Remisión

___ Abogado ___ LEVA (Defensor de Víctimas en la Policía) ___ Hospital/Médico
___ Asesor Psicológico __ Otro_____

Nombre/Título del Profesional Asesor de la Solicitud | Número de Teléfono | Número de Fax

Dirección de Correo de la Agencia/Oficina (incluya Apartado de Correos o calle)

Sección 10 - Autorización Legal y Firma

Este documento cumple con las directrices HIPAA.

Entiendo que soy responsable de todas las cuentas y que el programa de compensación está diseñado para pagar ciertos costos no cubiertos por otra fuente. La presentación de esta solicitud no me da derecho a obtener beneficios. Autorizo a la Oficina Estatal de Atención a las Víctimas *(State Office of Victim Assistance - SOVA)* para solicitar, obtener y divulgar cualquier información o registros para determinar la elegibilidad de mi queja por un período menor al diligenciamiento completo de esta solicitud. Entiendo además que existe un potencial para perder la protección de la Ley de Confidencialidad, y que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento que desee hacerlo. Acepto reembolsar a SOVA dineros recibidos de otra fuente, hasta por la suma pagada a mi nombre. Esto incluye cualquier pago que pudiera recibir del delincuente, cualquier póliza de seguros o acuerdos, juicios, o demandas civiles. Acepto notificar a SOVA sobre cualquier cambio como dirección o números telefónicos, para mantener la fidelidad en el proceso de esta demanda.

La información que he suministrado es fiel y correcta a mi saber, so pena de la ley (§16-3-1280).

Firma Original de la Víctima/Demandante

_____ Fecha _____

[El representante legal debe firmar si la Víctima es menor de 17 años, legalmente declarada incompetente, o si falleció.]

Nombre de la Víctima/Demandante en letra de imprenta

_____

** Vea también formatos suplementarios para solicitar asesoría psicológica o compensación por Pérdida de Salario/Soporte en el folleto "Formatos Suplementarios".*

Formatos Suplementarios SOVA

Si está solicitando compensación por pérdida de salario o asesoría psicológica debido al delito, este folleto contiene los formatos que requeriremos además de su solicitud.

*** Por pérdida de salario:** Si no ha podido trabajar durante al menos dos semanas seguidas, necesitaremos ambos formatos diligenciados y enviados de vuelta:

> **Informe de Incapacidad Médica –** Este formato es para que su médico nos informe el tiempo que estará incapacitado para trabajar.
>
> **Informe del Empleador –** Este formato es para que su empleador nos informe la suma mensual promedio que se le paga y cuánto tiempo ha faltado al trabajo.

Si usted falta al trabajo porque desde el punto de vista médico debe atender a la víctima, entonces es posible que obtenga el pago por Pérdida de Salario.

*** Por asesoría de salud mental:** También hay un formato que el asesor psicológico (quien debe tener licencia profesional) debe diligenciar, si usted necesita asesoría de salud mental debido al delito.

> **Informe del Asesor de Salud Mental –** Este formato es para que su asesor nos informe acerca de su servicio de asesoría psicológica y el número de citas necesarias.

Su bienestar es nuestra mayor preocupación.
¡Por favor llámenos para discutir sus opciones y cualquier pregunta que pueda tener!

Lleve o envíe por correo estos formatos a su médico, empleador, y/o asesor.
Esto nos ayudará a diligenciar sus pagos por pérdida de salario o asesoría psicológica, si califica para ello.

1205 Pendleton St.,
Brown Building Rm 401,
Columbia, SC 29201
1(800) 220-5370 or (803) 734-1900

¿Qué debe hacer con los formatos de este folleto?

Este folleto contiene tres formatos llamados “informes” que debe entregar a su médico, empleador, o asesor de salud mental:

- Informe de Incapacidad Médica
- Informe del Empleador
- Informe del Asesor de Salud Mental

Si usted necesita ayuda para pago por Pérdida de Salario debido a que no ha podido trabajar durante dos semanas seguidas o más, por favor desprenda el Informe de Incapacidad Médica y el Informe del Empleador.

Entregue el Informe de Incapacidad Médica al médico que está tratando las lesiones del delito. Él o ella nos informarán acerca de dichas lesiones. Su médico también nos dirá cuánto tiempo debe faltar al trabajo.

Entregue el Informe del Empleador a la oficina de personal o de nómina, en caso de haberla en su lugar de trabajo. Necesitaremos conocer su salario semanal promedio. Entonces, es posible que le otorguemos cerca de dos tercios de lo que normalmente gana, basados en las tarifas de Compensación de Trabajadores.

Si usted requiere asesoría psicológica debido al delito, entregue a su asesor el Informe del Asesor de Salud Mental. Él o ella nos informarán sobre sus necesidades de asesoría psicológica. Consideramos la asesoría mental como parte de su servicio de salud. El asesor debe tener licencia profesional para que podamos pagar sus citas. SOVA puede pagar bien sea por 20 sesiones o por 180 días de asesoría psicológica, cualquiera que sea la cantidad que usted use. Pagamos según un programa de tarifas establecido.

Asesoría psicológica

Tan pronto como reciba de vuelta los formatos de parte de su médico, empleador o asesor, podemos comenzar el proceso de pago por pérdida de salario y/o de asesoría psicológica (hasta por un total de US$15.000), si califica para ello.

Informe del Asesor de Salud Mental

State Office of Victim Assistance
1205 Pendleton St., Brown Blg., Room 401,
Columbia, SC 29201
Phone: (803) 734-1900 ¨ Fax: (803) 734-1708

Fecha de Hoy _____

_____
Nombre legal de la Víctima | Demandante (si es otra persona)

_____
No. de Seguridad Social | Fecha del Delito

¿Son el trauma y el tratamiento un resultado directo de este delito? SÍ NO

Presentación de la Queja _____

Diagnóstico del Registro _____

PROGNOSIS _____

Descripción de la lesión y/o trauma psicológico relacionado con el hecho delincuencial.

_____

_____

_____

_____

COMPAÑÍA CORREDORA DE SEGUROS DE SALUD

_____
Nombre de la Compañía | No. de Teléfono

_____
Dirección de Correo o Apartado Postal | Ciudad/Estado/Código Postal

_____
Firma autorizada del Terapista/Asesor del tratamiento

_____
Nombre del Beneficiario en letra de imprenta | No. de Teléfono/Extensión

_____
Tipo de Especialidad de la Licencia | Dirección de Correo o Apartado Postal completo

_____
No. de Licencia Profesional | Ciudad/Estado/Código Postal | No. de Identidad Federal

NOTA: SOVA NO actúa como garante por ningún servicio prestado.

Reembolso por Asesoría Psicológica de Salud Mental

Definición

La asesoría psicológica de salud mental para fines de compensación significa "la evaluación, diagnóstico y tratamiento del funcionamiento mental y emocional de un individuo, requerido para aliviar traumas psicológicos resultado de un delito compensable". Esta definición cumple con los estatutos estatales que asumen los reembolsos de gastos médicos en nombre de víctimas elegibles.

Documentos de Soporte Requeridos

El formato del Informe del Asesor de Salud Mental debe ser diligenciado por el asesor de la víctima, certificando si el trauma tratado es un resultado directo del delito.

Cuenta detallada a nombre del asesor de salud mental de la víctima, detallando las fechas reales del servicio, tipo de servicio suministrado (es decir, individual, en grupo, administración de medicamentos), el código CPT asignado y el valor cobrado.

Profesional Licenciado

Esta oficina otorga reembolsos por tratamiento de traumas (generalmente considerados como gastos médicos), únicamente cuando dicho servicio lo presta un profesional licenciado en una especialidad que incluye asesoría psicológica mental; esto incluye médicos, psiquiatras y psicólogos.

Limitaciones

El valor del reembolso está basado en una escala de tarifas fijas establecida por esta oficina.

La ayuda financiera se limita a cualquier número de sesiones dentro de 180 días desde la primera cita cobrada (hasta por el valor del reembolso permitido, incluyendo otros beneficios), o 20 sesiones programadas necesarias para aliviar el trauma reiterativo, cualquiera que sea mayor.

Esta oficina paga las sumas pendientes de cuentas no cubiertas en su totalidad por medio de seguros médicos existentes. Si una víctima tiene seguro médico privado o público, debe presentar las cuentas primero a compañías/corredores que aplican, antes de entregarlas a esta oficina para un posible pago.

Rev.7/04

Informe de Incapacidad Médica – Pérdida de Salario

State Office of Victim Assistance
1205 Pendleton St., Brown Blg., Room 401,
Columbia, SC 29201
Phone: (803) 734-1900 ¨ Fax: (803) 734-1708

Se ha presentado una solicitud de asesoría psicológica a nuestra oficina, para la víctima de un delito mencionada más adelante. Por favor diligencie este formato y envíelo de vuelta lo más pronto posible; se aceptan envíos por fax.

Nombre completo del paciente lesionado _____

No. de Seguridad Social _____ /_____ / _____ Fecha de Nacimiento_____ /_____ / _____

Fecha en que vio al paciente por primera vez _____ /_____ / _____

Presentación de la queja: _____
_____
_____

Describa brevemente el alcance y la localización de las lesiones:
_____
_____
_____

¿Sustentaba el paciente alguna incapacidad? Sí No

Si responde afirmativamente, ¿es la incapacidad el resultado de esta lesión únicamente? Sí No

Por favor explique: _____
_____

¿Espera usted que resulte una discapacidad permanente? Sí No
Por favor explique _____
_____

El paciente estará completamente incapacitado para trabajar desde _____/_____/_____ hasta _____/_____/_____

El paciente estará parcialmente incapacitado para trabajar desde _____/_____/_____ hasta _____/_____/_____

¿Ha dado de alta a su paciente? Sí No

¿Se ha presentado un pago con alguna de las siguientes entidades?

Medicaid Sí No Póliza #_____

Medicare Sí No Póliza #_____

Compensación de Trabajadores Sí No

Otra aseguradora o programa Sí No

Compañía o Entidad _____
Dirección _____
_____

Escriba a máquina o con letra de imprenta el Nombre del Médico
_____

Teléfono (_____)_____

Firma del Médico _____
Fecha _____ /_____ / ____

Dirección del Médico _____

Rev.7/04

Informe del Empleador – Pérdida de Salario / Soporte

State Office of Victim Assistance
1205 Pendleton St., Brown Blg., Room 401,
Columbia, SC 29201
Phone: (803) 734-1900 ¨ Fax: (803) 734-1708

Demandante o Solicitante de SOVA que solicita los beneficios _____
(escriba el nombre completo)

Tipo de Empleo _____
No. de Seguridad Social _____ /_____ / _____
Fecha de Nacimiento _____ /_____ / _____

Empleador: Se ha solicitado asesoría psicológica para la persona mencionada más adelante.
Por favor diligencie este formato y envíelo de vuelta a SOVA tan pronto como sea posible; se aceptan envíos por fax.

Fecha de la primera vez en que la persona fue contratada por usted. _____ /_____ / _____

Fecha de la primera vez en que él/ella se ausentó, debido a lesiones relacionadas con un delito. _____ /_____ / _____

Fecha en que él/ella volvió a trabajar medio tiempo, si aplica. _____ /_____ / _____

Fecha en que él/ella volvió a trabajar tiempo completo. _____ /_____ / _____

Fecha en que él/ella dejó de trabajar, en caso de no trabajar más para usted. _____ /_____ / _____

Tipo de Seguro Póliza No./ Fechas de Cubrimiento Nombre de Compañía/Corredor Suma Pagada

Médico/Salud _____

Fechas de Cubrimiento _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____

de Compensación del Trabajador _____

Fechas de Cubrimiento _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____

de Otro Seguro _____

Fechas de Cubrimiento _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____

Incapacidad _____

Fechas de Cubrimiento _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____

¿Se compensó a este empleado por el tiempo que faltó al trabajo?
_____ De ser así, ¿por cuánto? _____

Promedio de horas semanales de trabajo Promedio de tiempo extra semanal _____

Salario promedio por hora Salario tiempo extra por hora _____

Salario total semanal Promedio semanal comisiones _____

Empleador _____ Dirección _____
No. de Teléfono (____)_____

Persona que diligencia el formato (en letra de imprenta)
_____

Firma_____

Cargo _____ Fecha _____

¿Comentarios? _____
_____
_____

* Es posible solicitar documentación adicional para recibir compensación por pérdida de salario/soporte, es decir, formato W-2 o desprendibles de pago.