



DEPARTMENT OF JUSTICE
CRIMINAL JUSTICE DIVISION
Crime Victims' Assistance Section

DEPARTAMENTO DE JUSTICIA
DIVISIÓN DE JUSTICIA CRIMINAL
Sección de asistencia para víctimas de crimen

APPLICATION FOR CRIME VICTIM COMPENSATION

An application must be completed and filed for each victim. If victim is a minor or is mentally incompetent, the applicant (person filing for victim) must be an adult who is responsible for victim's welfare. Please fill out this application as completely and accurately as possible. Claims will be thoroughly investigated and verified. Type or print legibly. **Unsigned or not witnessed applications may be returned unprocessed.**

You may qualify for financial assistance through Oregon Crime Victims, if you answer "YES" to the following five questions:

1. Have you been the victim of a violent crime?
2. Did the crime take place in Oregon?
3. Was the crime reported to law enforcement within 72 hours? (may be waived for good cause).
4. Did the crime occur within the last six months?
5. Did you cooperate fully with law enforcement?

If you answered YES to all of the above questions, please fill out the attached application and mail it to the address below. If you need help filling out the application please call your local Victim Assistance Office through the District Attorney's Office or call Crime Victims Compensation at (503) 378-5348. You have six months from the date of the crime to file an application.

If you answered NO to any of the above five questions, please contact your local Victim Assistance office through the District Attorney's office for additional referrals.

Types of expenses we cover include:

Medical, dental, hospital, funeral, counseling, loss of wages & support, physical rehabilitation, transportation.

There is NO award for loss or damage to property or for pain and suffering, earnings lost while attending court or earnings lost by family members. Loss of earnings is only payable if the victim is employed and working at the time of the incident.

Expenses incurred as a result of the incident must first be submitted to all readily available prior resource for payment (your insurance company, Oregon Health Plan, Medicare, and Medicaid) Those expenses not fully covered by prior resources will be considered for payment.

You are not required to be a US Citizen to apply for Crime Victim Compensation.

Mail the completed application to:
Oregon Department of Justice
Crime Victims' Compensation Program
1162 Court Street NE
Salem, OR 97301-4096
FAX: (503)378-5738
TDD: (503)378-5938

Telephone: (503)378-5348 or 1-800-503-7983
Website: www.doj.state.or.us/crimev/comp.shtml

SOLICITUD DE COMPENSACIÓN PARA VÍCTIMAS DE CRÍMEN

Cada víctima debe presentar una solicitud. Si la víctima es menor de edad o mentalmente incompetente, la aplicante (persona que solicita en nombre de la víctima) debe ser un adulto quien es responsable por el bienestar de la víctima. Favor de llenar esta solicitud en la forma más completa y exacta que le sea posible. Las demandas se investigarán y verificarán completamente. Escriba a máquina o en letra de imprente legible. **Las solicitudes sin testigos pueden ser devueltas sin procesar.**

Ud. puede calificar para asistencia por el programa de compensación para víctimas de crimen, si contesta <<SÍ>> a las siguientes cinco preguntas:

1. ¿Ud. ha sido víctima de una crimen violenta?
2. ¿La crimen ocurrió en el estado de Oregon?
3. ¿La crimen fue reportada a policia en un plazo de 72 horas? (se puede extender con causa justificada)
4. ¿La crimen ocurrió en un plazo de 6 meses?
5. ¿Ud. cooperó con la investigación de la policia?

Si ud. contestó SÍ a todas las preguntas arriba, favor de llenar la solicitud adjunta y enviela a la dirección abajo. Si necesita ayuda en llenar la solicitud, favor de llamar a la oficina de Asistencia de Víctimas por la oficina del Fiscal del Distrito o llame al programa de compensación de víctimas de crimen al (503) 378-5348. Ud. tiene seis meses de la fecha de la crimen para entablar su reclamo.

Si ud. contestó NO a cualquiera de las preguntas arriba, favor de llamar al programa de asistencia de víctimas en su condado para información adicional.

Gastos compensables incluye:

Medical, dental, hospital, funeral, psicoterapia, pérdida de ingresos y manutención, rehabilitación física, transporte.

NO hay beneficios para pérdida o daño de propiedad, dolor y sufrimiento, ganancias perdidas por tener que pasar tiempo en tribunales, o ganancias perdidas por familiares. Solamente pagamos pérdida de ingresos si la víctimas estaba empleado y trabajando en el momento de la incidente.

Primero, debe presentar los gastos incurridos como resulta de la incidente a sus recursos previos para pago (su compañía de aseguranza, Plan de Salud de Oregon, Medicare y Medicaid). Consideramos para pago los gastos no cubiertos completamente por sus recursos previos.

No es requisito ser ciudadano de los estados unidos para aplicar por este programa.

Envíe la solicitud completa a:
Departamento de Justicia de Oregon
Programa de Compensación para Víctimas de Crimen
1162 Court Street NE
Salem, OR 97301-4096
FAX: (503)378-5738
TDD: (503) 378-5938

Teléfono: (503) 378-5348 o 1-800-503-7983
Página Web: www.doj.state.or.us/crimev/comp.shtml

This Page Intentionally Left Blank

Section 3. Optional Contact Person / Persona de contacto:

(Person we can talk to about your claim / Persona con quien podemos hablar sobre su reclamo)

First Name / Primér Nombre:	Middle Name/ Segundo Nombre:	Last Name / Apellido:
Contact person's phone / Teléfono de contacto:	Contact person's relationship to the victim / Relación entre la persona de contact y víctima:	Language Spoken / Idioma hablada:

Section 4. Civil Attorney Information / Información de Abogado Civil:**Have you consulted an attorney regarding a civil suit involving this crime? /**

Ha consultado un abogado sobre la posibilidad de un pleito civil por esta crimen?

 Yes / Sí **No** **Undecided / No me he decidido**

Attorney Name / Nombre del abogado:	Telephone / Teléfono : ()		
Address / Dirección:	City / Ciudad:	State / Estado:	Zip / Zona:

Section 5. Crime Information / Información Sobre el Crimen:

Alleged Suspect (if known) / Nombre del Sospechoso (si ud. sabe):	Additional Suspect (if applicable) / Sospechoso adicional (si aplica):			
Date of Crime / Fecha del Crimen:	Was the Crime Reported? / ¿El Crimen fue declarado? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No	Date Reported / Fecha del informe:	Report Number / No. del informe policial:	
Name & Place of Agency Reported to / Agencia policial u oficina del estado a quien ud. declaró el crimen:		Name/Phone Number of officer reported to / Nombre y teléfono del oficial:		
Location of Crime / Lugar del crimen (dirección):	City / Ciudad:	State / Estado:	Zip / Zona:	County / Condado:

Type of Crime / Tipo de Crimen: **Assault / Asalto** **Domestic Violence / Violencia Doméstica** **DUII Assault /** **Homicide / Homicidio** **Sexual Assault (adult victim) / Ataque sexual (víctima es adulto)** **Sexual Assault (child victim) / Ataque sexual (víctima es menor)** **Physical Abuse (child victim) / Abuso físico (víctima es menor)** **Other/ Otra****Brief Description of this Crime / Dé una breve descripción de este crimen:****Describe your Injuries or financial loss resulting from the crime / Describa las lesiones o pérdida financiera como resulta del crimen:****Is this application being filed with 6 months of the date of Crime/disclosure? / ¿Presenta esta solicitud adentro de 6 meses desde la fecha del crimen?** **Yes / Sí** **No****If No, please explain why / Si contestó no, por favor explique la razón de la demora:**

Section 6. Prior Resource Information (please attach copies of insurance card) **Your provider must bill your primary insurance first!**
Información sobre recursos (favor de adjuntar copias de su tarjeta de aseguranza) **Su proveedor debe cobrar a su aseguranza primero:**

If yes, Please enter information in the box provided / Si contesta que sí, favor de escribir la información en la caja a la derecha:	Company Name Nombre del compañía:	Phone Number Número de teléfono:	Policy Number Número de poliza:
Do you have medical insurance? / ¿Ud. tiene aseguranza médica? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No			
Do you have dental insurance? / ¿Ud. tiene aseguranza dental? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No			
If the crime involved an auto, do you have auto insurance? / Si la crímen involucra un vehículo, ¿la víctima tiene aseguranza del vehículo? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No			
If the crime involved an auto, does the offender have auto insurance? / Si la crímen involucra un vehículo, ¿el asaltante tiene aseguranza del vehículo? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No			
If the crime happened in your home / on your property, do you have homeowners insurance? / Si el crímen pasó en su casa o en su propiedad, ¿Ud. tiene aseguranza en su casa? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No			
If the crime happened at your place of work, do you have a Workers Compensation claim? / Si el crímen pasó en su trabajo, ¿Ud. tiene un reclamo con Compensación de Trabajadores? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No			
Are you eligible for any other benefits? / ¿Ud. es elegible para cualquier otro beneficio? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No			
Have you received or expect to receive any payment as a result of this crime? / ¿Ha recibido o espera recibir algún pago como resulta de este crímen? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No If yes, Source/ Si sí, recurso _____ Amount/ Cantidad _____			

Section 7. Medical/Counseling Expense Information / Información sobre gastos médicos y de psicoterapia

(Please attach copies of bills if available / Si ha recibido facturas, favor de adjuntar copias):

Did you receive medical treatment as a result of the crime? / ¿Ha recibido tratamiento médico como consecuencia del crímen? Yes / Sí No
Please list providers for crime-related injuries, paid or unpaid / Nombre los proveedores de tratamiento para lesiones relato al crímen, pagado o no:

Provider's Name Nombre de Proveedor:	Specialty Especialidad:	Address / Dirección:	City / Ciudad:	State/ Estado:	Zip / Zona:	Telephone / Teléfono:
						()
						()
						()
						()
						()
						()

Section 8. Additional Counseling/ Psicoterapia adicional:

Did anyone besides the victim receive or will be requesting counseling because of the crime? (Survivor Counseling, Child witness to domestic violence, family/child sex abuse) / ¿Alguien aparte de la víctima recibió o solicita psicoterapia relato al crimen (Psicoterapia para congoja, Testigo menor a violencia doméstica, familia de víctima de abuso sexual? Yes / Sí No

Name of Family Member / Nombre del miembro de familia:	Date of Birth / Fecha de nacimiento:	Social Security / Seguro Social:	Relationship to Victim / Relación a la víctima:	Insurance Carrier / Compañía de aseguranza:

Section 9. Loss of Earnings / Support / Pérdida de ingresos /

(Loss of Earnings only payable to direct victims who lost wages due to the injury / Loss of support only payable to surviving dependants of homicide victims) / (Pérdida de ingresos es solo disponible a la víctima directa que perdió sus ingresos como resulta de la crimen / Pérdida de manutención es solo disponible a dependientes sobrevivientes de víctimas de homicidio):

Was person employed on date of injury ? / ¿La víctima estaba empleado en la fecha del crimen? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No	Date left work / Fecha que dejó de trabajar:	Date returned / Fecha en que regresó:
Employers Name / Nombre del empleador:	Phone / Teléfono: ()	Fax Number / Número de fax: ()
Address / Dirección :	City / Ciudad:	State / Estado: Zip / Zona:
Name, address & phone of doctor who certified victim unable to work / Nombre, dirección y teléfono del doctor que certificó que no podía trabajar:		

Section 10. For Homicide Claims Only / Sólo para reclamos de homicidio

At the time of death, was the victim contributing to the financial support of dependants? / En el momento de la muerte, ¿la víctima estaba contribuyendo a la manutención de dependientes? Yes / Sí No

Name of Dependent / Nombre de dependiente:	Date of Birth / Fecha de nacimiento:	Address / Dirección :	Relationship to Victim / Relación a la víctima:

Section 11. Funeral Expense Information (Please attach bills if available) / Información sobre gastos funerarios (Adjunte la factura del funeral si la tiene)

Please list all unpaid funeral expenses and out of pocket payments made as a result of this crime / Favor de dar la lista de todos los gastos funerarios, pagados o no, y pagos hechos de su bolsillo como consecuencia de este crimen

Provider of services / Proveedor de servicios:	Address / Dirección:	City / Ciudad:	State / Estado:	Zip / Zona:	Phone / Teléfono:	Paid by / Pagado por:

Please do not contact me when conducting surveys or research on victims' issues. / Favor de no ponerse en contacto conmigo cuando conduce encuestas o investigación sobre problemas de víctimas
(If you do not check this box, you may be contacted via e-mail or US mail. Your personal information will not be released to anyone. / Si ud. no marca esta caja, podemos ponernos en contacto con ud. por correo o por correo electrónico. No daremos su información personal a nadie.)

Crime Victims Compensation Program
1162 Court St. NE
Salem, OR 97301-4096
Or deliver to your local Victim Assistance Office through the
District Attorney's Office / O entrega a la oficina de Asistencia para
Víctimas local por la oficina del Fiscal del Distrito.

For more information call / Para mas información, llame al:
1-800-503-7983
Visit our website: / Visite al sitio web:
www.doj.state.or.us/crimev/comp.shtml

Information Release/ Divulgación de Información

The Crime Victims' Compensation Program (CVCP) of the Oregon Department of Justice is required to investigate all applications for compensation filed pursuant to ORS Chapter 147. This authorization to disclose records will be used to gather pertinent information from law enforcement, employment, insurance, financial and medical facilities, and other providers to determine whether an applicant is eligible to receive compensation. Information that is confidential by law shall remain confidential.

MEDICAL AND OTHER RELEASE:

BY SIGNING THIS APPLICATION, I HERBY CONSENT TO RELEASE RECORDS between CVCP and any hospitals, physicians, counselors, medical facilities and services, any insurer including social security and disability benefits, any employers, and any social services or governmental agencies including Employment Department, Adult and Family Services Division, State Office for Services to Children and Families, Worker's Compensation Division, State Court Administrator or any other authorized person or law enforcement agency for purposes relating to my CVCP application.

I ALSO HEREBY CONSENT TO RELEASE TO CVCP any document(s) related to disability information or income from other sources and/or my medical records even if it contains information about drugs, alcohol, mental health, or HIV testing.

I EXPRESSLY AND VOLUNTARILY AUTHORIZE DISCLOSURE of my records for the purpose stated above. I further understand that I am not giving permission for any disclosure other than that described above. I understand that I may revoke this authorization at any time, except to the extent action has been taken on this authorization.

El programa de compensación para víctimas de crimen (CVCP) del Departamento de Justicia del Estado de Oregón tiene que investigar todas las solicitudes de compensación presentadas según el capítulo 147 de ORS. Esta autorización para divulgar información del expediente se usará para reunir información pertinente de la policía, empleo, seguro, instituciones financieras y de salud y otros proveedores para determinar si un solicitante tiene derecho a recibir compensación. La información que es confidencial por ley permanecerá confidencial.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA Y DE OTRO TIPO:

AL FIRMAR ESTA SOLICITUD, DOY MI CONSENTIMIENTO POR ESTE MEDIO PARA QUE SE DIVULGUE INFORMACIÓN ENTRE PROGRAMA CVCP cualquieres hospitales, médicos, psicoterapeutas, instalaciones y servicios médicos, proveedores de seguro incluyendo beneficios de seguridad social y de discapacidad, empleadores y servicios sociales o agencias gubernamentales incluyendo el Departamento de Empleo, el Departamento de Servicios Humanos, la División de Compensación a Trabajadores, el Administrador del Tribunal Estatal, o cualquier otra persona autorizada o agencia policial con el objeto relato a mi solicitud de CVCP.

TAMBIÉN DOY MI CONSENTIMIENTO POR ESTE MEDIO PARA QUE SE PONGA A DISPOSICIÓN DEL PROGRAMA CVCP todos los documentos relacionados con información sobre discapacidad o ingresos de otras fuentes y/o mis expedientes médicos aunque contengan información sobre drogas, alcohol, salud mental o análisis de VIH.

AUTORIZO EXPRESA Y VOLUNTARIAMENTE LA DIVULGACIÓN de la información de mis expedientes para los fines antes expresados. Entiendo además que no doy permiso para ninguna otra divulgación que no sea la anteriormente descrita. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto por las acciones ya tomadas en base a esta autorización.

My Promise to the Program/ Mi promesa al Programa

BY SIGNING THIS APPLICATION I HEREBY AGREE to immediately inform the CVCP when any crime-related recovery is expected or received. I further agree to pay back the CVCP from those recoveries a sum that is equal to the amount of the total CVCP award. I acknowledge and agree that the sources of recovery this subrogation agreement will pertain to include, but are not limited to, the following types of recovery sources: court-imposed restitution, civil judgments against the offender or other liable/obligated third parties, any insurance settlements, or settlements/benefits from any other governmental or private agency. I further agree to refund to CVCP all sums of money paid by CVCP pursuant to this claim, if the claim is at any time determined to be in error, false or fraudulent.

BY SIGNING THIS APPLICATION I UNDERSTAND THAT UNDER PENALTIES OF UNSWORN FALSIFICATION, I declare that the information in this application is true and accurate. I, or we, authorize the Crime Victims' Compensation Program of the Department of Justice to verify any information on this application.

AL FIRMAR ESTE ACUERDO DE SUBROGACIÓN, ME COMPROMETO POR ESTE MEDIO a informar inmediatamente al Programa CVCP cuando espere recibir o reciba toda recuperación con el crimen. Me comprometo además a devolver al Programa CVCP de esas recuperaciones una suma igual a la cantidad total adjudicada por CVCP. Reconozco y acuerdo que las fuentes de recuperación de este acuerdo de subrogación incluyen, pero no se limitan, a los siguientes tipos de fuentes de recuperación: restitución impuesta por el tribunal, sentencias penales contra el agresor o contra terceros responsables/obligados, todo pago de seguros, o pagos/beneficios de cualquier otra agencia gubernamental o privada. Me comprometo además a rembolsar al Programa CVCP todas las sumas de dinero pagadas por el Programa CVCP basadas en esta demanda, si se decide en cualquier momento que esta demanda fue hecha por error o fue falsa o fraudulenta.

AL FIRMAR ESTA SOLICITUD, ENTIENDO QUE BAJO PENAS DE FALSIFICACIÓN NO JURAMENTADA, declaro que la información contenida en esta solicitud es verdadera y exacta. Yo, o nosotros, autorizo/autorizamos al Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes del Departamento de Justicia a verificar toda la información contenida en esta solicitud.

Signature of Victim/Applicant/ Firma de víctima/aplicante:

Date/ Fecha:

Adult witness to the above Victim/Applicant signatures (witness signature is required) Firma de testigo adulto a la(s) firmas(s) anterior(es) (se requiere firma de testigo):

Signature of 14-17 year old/ Firma de víctima de 14-17 años de edad:

Date/ Fecha:

This Page Intentionally Left Blank

OREGON DEPARTMENT OF JUSTICE
 Crime Victims' Assistance Section
 1162 Court St NE Salem, Oregon 97301-4096
 503 378-5348 or 800 503-7983 Fax 503 378-5738

DEPARTAMENTO DE JUSTÍCIA DE OREGÓN
 Sección de Asistencia para Víctimas de Crimen
 1162 Court St NE Salem, Oregon 97301-4096
 503 378-5348 or 800 503-7983 Fax 503 378-5738

**** Per ORS 147.105 (1)(i) the CVCP has the authority to request information to process applications for compensation. Submitting social security numbers is voluntary. Refusal to submit social security numbers will not result in denial. If compensation is received by intentionally misrepresenting information which the CVCP relies upon to determine or pay compensation, compensation awards shall be forfeited. We use the social security number to: verify amounts of compensation to be paid (ORS 147.035 and 147.125)(1)(b)(c)(d); and to verify insurance benefits (ORS 147.125(1)(d)).**

**** Según ORS 147.105 (1) (i), el Programa CVCP tiene autoridad para pedir información a fin de procesar solicitudes de compensación. Incluyendo su número de seguro social es voluntario. No se negarán las solicitudes de las personas que se rehúsen a dar su número de seguro social. Si alguien recibe compensación por haber presentado intencionalmente información fraudulenta en la que el Programa CVCP se basa para determinar o pagar la compensación, perderá el derecho legal a recibir la compensación. Usamos el número de seguro social para : verificar los montos de compensación a ser pagados (ORS 147.035 and 147.125)(1)(b)(c)(d); y para verificar los beneficios de seguro (ORS 147.125(1)(d)).**

Nondiscrimination

To be eligible to receive federal funds for distributing purposes of crime victims' compensation, the State of Oregon must comply with the nondiscrimination requirements of the Federal Victims of Crime Act of 184. To unsure it meets those requirements regarding nondiscrimination; the State of Oregon must collect information about the victim's race, religion, sex, national origin, age, and any handicapping condition. The information you provide will not be used in any manner to determine acceptance or denial of your claim and will be kept confidential.

No-discriminación

Para tener derecho a recibir fondos federales para su distribución en la compensación de víctimas de crímenes, el Estado de Oregon debe cumplir con los requisitos de no discriminación de la Ley Federal sobre Víctimas de Crímenes del año 1984. Para asegurar el cumplimiento de los requisitos relacionados con la no discriminación, el Estado de Oregon debe reunir información sobre la raza, religión, sexo, nacionalidad, edad e impedimentos de la víctima. La información que Ud. provea no se usará de ninguna manera para determinar si su demanda se acepta o se rechaza y se mantendrá confidencial.

Recipients of funds under the Act are subject to Title VI of the Civil Rights Act of 1964, 42 U.S.C. 2000(d) (prohibiting discrimination in Federally-funded programs on the basis of race, color, or national origin), Section 504 of the Rehabilitation Act of 1974, as amended: Subtitle A, Title II of the Americans with Disabilities Act (ADA); and Department of Justice implementing regulations on disability discrimination, 28 CFR Part 35 and Part 39; Title IX of the Education Amendments of 1972; the Age Discrimination Act of 1974; and the Department of Justice Nondiscrimination Regulations, 28 CFR Part 42, Subparts C, D, E, and G.

Las personas que reciben fondos bajo esta Ley quedan sujetas al Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, 42 U.S.C. 2000(d) (que prohíbe la discriminación en los programas costeados con fondos federales en base a raza, color, o nacionalidad), la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1974, enmendada: el Subtítulo A, Título II de la Ley de Americanos con Impedimentos (ADA); y los reglamentos de implementación del Departamento de Justicia sobre discriminación por discapacidad, 28 CFR Parte 35 y Parte 39; el Título IX de las Enmiendas de Educación de 1972; la Ley de Discriminación por Edad de 1974; y los Reglamentos de No-Discriminación del Departamento de Justicia, 28 CFR Parte 42, Subpartes C, D, E, y G.

Federal Reporting Information / Información de Reportaje Federal:

The following voluntary information is used for statistical purposes only to comply with federal regulations / La siguiente información voluntaria se usa solo para estadísticas y solamente para cumplir con las normas federales:

Is the Victim disabled? / ¿ La víctima está incapacitada?
 Yes / Sí No

Was the Victim disabled prior to the date of crime? /
 ¿La víctima estaba incapacitada antes de la fecha del crimen?
 Yes / Sí No

Ethnicity of victim / Etnicidad de la víctima:

African American / Afro Americana
 Native American / Americano Nativo
 Hispanic / Hispano

Asian, Pacific Islander / Islas de Pacífico Asia
 Caucasian / Caucásica
 Other / Otra: _____