

Please tear off and keep this page with our contact information below. Thank you!

Favor de cortar y mantenga esta página junto con nuestra información de contacto que aparece abajo. Gracias!

DEPARTMENT OF JUSTICE
CRIME VICTIMS' SERVICES DIVISION

DEPARTAMENTO DE JUSTICIA
DIVISIÓN DE SERVICIOS PARA
VÍCTIMAS DEL CRIMEN

APPLICATION FOR CRIME VICTIM COMPENSATION

You may qualify for help through this program if you were the victim of a person crime in the state of Oregon. Claims will be verified by the program, through police and other reports.

An application must be filled out for each victim. If the victim is deceased, is a minor or an adult unable to fill this out, the applicant (person filing for victim) must be an adult who is responsible for the victim. Please fill out this application as completely and accurately as possible. Type or print clearly.

Unsigned applications will be returned unprocessed.

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 or toll free 1-800-503-7983. You have one (1) year from the date of the crime to file an application.

Types of expenses we cover include:

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

There is NO award for lost or damaged property, or for pain and suffering. Loss of earnings is only payable if the victim is employed and working at the time of the incident.

Expenses related to the crime must first be submitted to your insurance for payment, including health, dental, and auto insurance. Any expenses not fully covered by insurance will be considered for payment.

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

Thank you for taking the time to fill out this application. We will let you know by mail or email when we receive your application, and then contact you again within 30 to 60 days with our claim decision.

What do you need to do?

- Please let us know if your mailing address or phone number changes.
- If we request information from you, please be sure to respond within the allowed time.

To learn more about the Crime Victims' Compensation Program, visit us online at:

www.doj.state.or.us/victims

SOLICITUD DE COMPENSACION PARA VÍCTIMAS DE CRÍMENES

Usted talvez puede calificar para ayuda a través de este programa, si es que usted fue víctima de un crimen personal en el estado de Oregon. Las solicitudes serán verificadas por el programa, por medio de la policía y otros reportes.

Cada víctima debe presentar una solicitud. Si la víctima ha fallecido, menor de edad, o un adulto incompetente que no pueda llenar este formulario, el solicitante (persona que solicita en nombre de la víctima) debe ser un adulto quien es responsable por el bienestar de la víctima. Por favor llene esta solicitud de la forma más completa y exacta. Escriba a máquina o en letra de molde legible. **Las solicitudes sin firma serán devueltas sin procesar.**

Si necesita ayuda para llenar la solicitud, llame a la oficina de Asistencia para Víctimas por medio de la oficina del Fiscal de Distrito, o llame al programa de Compensación para víctimas de crímenes al (503) 378-5348. Usted tiene un (1) año desde la fecha del crimen para presentar su solicitud.

Los gastos compensables incluyen:

Médicos, dentista, hospitales, funerarios, consejeros, pérdida de ingresos y apoyo, rehabilitación física, y transporte.

NO hay beneficios para pérdida o daño de propiedad, dolor y sufrimiento. Solamente pagamos pérdida de ingresos si la víctima estaba empleada(o) y trabajando en el momento del incidente.

Gastos relacionados a causa del incidente, primero deben presentarse a todas las fuentes de pago disponibles por ejemplo: compañías de seguro, incluyendo seguros de salud, dental, y auto. Los pagos no cubiertos completamente por dichas fuentes, serán considerados para el pago.

Para solicitar compensación para víctimas de crímenes no es requisito ser ciudadano de los Estados Unidos.

Gracias por tomarse el tiempo para llenar esta solicitud. Le avisaremos por correo postal o electrónico cuando recibamos su solicitud y luego nos comunicaremos con usted de nuevo dentro de un periodo de 30 a 60 días para informarle nuestra decisión sobre el reclamo.

¿Qué necesita hacer?

- Avísenos si su dirección postal o número de teléfono cambian.
- Si solicitamos información de su parte, asegúrese de responder dentro del tiempo permitido.

Para obtener más información sobre el Programa de Indemnización para Víctimas de Crímenes (Crime Victims' Compensation Program) visítenos en:

www.doj.state.or.us/victims

This page intentionally left blank

OREGON CRIME VICTIMS' COMPENSATION PROGRAM

We are here to help. Our mission is to reduce the impact of a crime on victims and their families. If you have any questions about filling out this application or the Crime Victims' Compensation Program, please call us toll-free at 1-800-503-7983.



COMPENSACION PARA VÍCTIMAS DE CRÍMENES DE OREGÓN

Estamos para ayudarle. Nuestra misión es reducir el impacto de un crimen en las víctimas y sus familias. Si tiene cualquier pregunta sobre el llenado de esta solicitud o sobre el Programa de Indemnización para Víctimas de Crímenes, llámenos gratis al 1-800-503-7983.

FOR OFFICE USE ONLY / Solo para el uso de la oficina
Claim Number:

APPLICATION FORM / FORMULARIO DE SOLICITUD

Please print clearly / Favor de escribir con letra legible

Who told you about this program? / ¿Quién le informó sobre este programa?		
<input type="checkbox"/> Police / Policía	<input type="checkbox"/> Victim Assistance Program / Programa de asistencia para víctimas	<input type="checkbox"/> Medical Provider / Proveedor médico
<input type="checkbox"/> DA Office / Fiscal de Distrito	<input type="checkbox"/> Child Abuse Assessment Center / Centro de evaluación de abuso de menores	<input type="checkbox"/> Other / Otro: _____
You are filing this application because you are (check one) / Está llenando esta solicitud porque usted es (marcar una):		
<input type="checkbox"/> The victim of a crime / La víctima de un crimen	<input type="checkbox"/> The parent or guardian of adult victim who can't apply on their own / El padre, madre o tutor legal de una víctima adulta que no puede presentar una solicitud por sí misma	
<input type="checkbox"/> The parent or guardian of a crime victim under 18 years of age / El padre, madre o tutor legal de la víctima de un crimen menor de 18 años de edad	<input type="checkbox"/> Other (explain) / Otro (explicar)	
<input type="checkbox"/> A family member of a victim who died as the result of the crime / Un familiar de una víctima que murió a causa del crimen		

Victim Information/ Información de la víctima

(Person who is injured or deceased / Persona lesionada o fallecida)

First Name / Primer nombre:		Middle Name / Segundo nombre:	Last Name / Apellido:		
Mailing Address / Dirección postal:		Apt # / No. de apt:	City / Ciudad:	State / Estado:	Zip / Código postal:
Phone / Teléfono: ()	Social Security Number (see page 8) / Número de Seguro Social (ver página 8):		Language Spoken / Idioma hablado:		
Date of Birth / Fecha de nacimiento:	If victim is deceased, date of death / Si la víctima ha fallecido, fecha del fallecimiento: Month / Mes Day / Día Year / Año		Gender / Sexo: <input type="checkbox"/> Male / Hombre <input type="checkbox"/> Female / Mujer		
May we contact you by email? ¿Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No	If yes, please provide your email address / Si está bien, favor de brindar su dirección de correo electrónico:				

Applicant Information / Información del solicitante

(Parent or Guardian of above listed victim, or family member of deceased victim) / (Padre, madre o tutor legal de la víctima antes nombrada, o miembro de familia de la víctima fallecida)

First Name / Primer nombre:		Middle Name / Segundo nombre:	Last Name / Apellido:		
Mailing Address / Dirección postal:		Apt # / No. de apt:	City / Ciudad:	State / Estado:	Zip / Código postal:
Phone / Teléfono: ()	Social Security Number (see page 8) / Número de Seguro Social (ver página 8):		Language Spoken / Idioma hablado:		
Date of Birth / Fecha de nacimiento:	Gender / Sexo: <input type="checkbox"/> Male / Hombre <input type="checkbox"/> Female / Mujer		Your relationship to the victim / Su relación con la víctima:		
May we contact you by email? ¿Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No	If yes, please provide your email address / Si está bien, favor de brindar su dirección de correo electrónico:				

Crime Information / Información sobre el crimen
(Required for all claims) / (Obligatoria para todas las reclamaciones)

Type of Crime / Tipo de crimen: <input type="checkbox"/> Assault / Agresión <input type="checkbox"/> Domestic Violence / Violencia Doméstica <input type="checkbox"/> Harassment / Acoso <input type="checkbox"/> Stalking / Acecho <input type="checkbox"/> Sexual Assault (adult victim) / Agresión sexual (la víctima es un adulto) <input type="checkbox"/> Sexual Abuse (child victim) / Abuso sexual (la víctima es un menor) <input type="checkbox"/> Physical Abuse (child victim) / Abuso físico (la víctima es un menor) <input type="checkbox"/> Human Trafficking / Trata de personas <input type="checkbox"/> DUII Assault / Agresión por DUII <input type="checkbox"/> Homicide / Homicidio <input type="checkbox"/> Robbery / Robo <input type="checkbox"/> Kidnapping / Secuestro <input type="checkbox"/> Arson / Incendio provocado <input type="checkbox"/> Other / Otro: 	Alleged Suspect (if known) / Nombre del sospechoso (si se sabe):		Date of Birth / Fecha de nacimiento:	
	Additional Suspect (if applicable) / Otro sospechoso (si corresponde):		Date of Birth / Fecha de nacimiento:	
	Date of Crime / Fecha del crimen:	Date Reported / Fecha de la denuncia:	Report Number / No. del informe policial:	
	Name of Police Department reported to / Nombre de la agencia en la cual se presentó la denuncia:		Name of Officer / Nombre del oficial:	
	Was the crime reported within 72 hours? / ¿ El crimen fue denunciado con la policía en un plazo de 72 horas? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No If No, please explain why (required) / Si respondió no, explique porque (obligatorio): 			
Location of Crime/ Lugar del crimen:	City / Ciudad:	State/ Estado:	Zip / Código postal:	County / Condado:

How can we help you? / ¿Cómo podemos ayudarle?

Check all that apply / Marque todo lo que corresponda

<input type="checkbox"/> Medical / Médica <input type="checkbox"/> Dental / Dentista	<input type="checkbox"/> Counseling / Consejería <input type="checkbox"/> Physical Rehabilitation / Rehabilitación física	<input type="checkbox"/> Loss of Earnings / Pérdida de ingresos <input type="checkbox"/> Transportation / Transporte	
<i>(For homicide claims only /</i> <i>Sólo para reclamos por homicidio):</i>	<input type="checkbox"/> Funeral / Funeraria <input type="checkbox"/> Survivor Counseling / Consejería para sobrevivientes	<input type="checkbox"/> Loss of Support / Pérdida de apoyo/ingresos	
If applying for Loss of Earnings or Loss of Support, please complete the following / Si solicita, pérdida de ingresos o Pérdida de manutención, complete lo siguiente:			
Name of Victim's Employer / Nombre del empleador de víctima:	Address / Dirección postal:	Phone / Teléfono: ()	Fax Number / No. de fax: ()
Name of Victim's Doctor / Nombre del médico de víctima:	Address / Dirección postal:	Phone / Teléfono: ()	Date returned to work / Fecha en que regresó al trabajo:
Do you have any of the following to help with Loss of Earnings or Support? / Tiene alguno de los siguientes en forma de asistencia por perdida de ingresos? <i>Check all that apply / Marque todo lo que corresponda</i>			
<input type="checkbox"/> Sick Pay or Disability through employer / Pago por enfermedad o discapacidad por medio del empleador <input type="checkbox"/> Workers' Compensation / Compensación de Trabajadores <input type="checkbox"/> Social Security/ Seguro Social			

Injuries and Expenses / Lesiones y Gastos

Please describe your injuries (including mental trauma) resulting from the crime / Describa sus lesiones (incluyendo el trauma mental) como resultado del crimen:

Have you had any medical treatment or counseling as a result of the crime? / ¿Ha recibido algún tratamiento médico o consejería a causa del crimen? Yes / Sí No

Please list providers seen for crime-related injuries or trauma, paid or unpaid (*attach additional pages if necessary*) / Escriba el nombre de los proveedores de tratamiento para las lesiones o trauma relacionados con el crimen, pagados o no (*adjunte páginas adicionales de ser necesario*):

Provider Name / Nombre del proveedor:	Address / Dirección postal:	City / Ciudad:	State / Estado:	Zip / Código postal:	Phone Number / Teléfono:
					()
					()
					()
					()

Insurance Information / Información sobre su seguro

(*required for all claims*) / (*obligatoria para todas las reclamaciones*)

Please check ALL that apply to the victim at the time of the crime, or as the result of the crime. List insurance company and other resource information below, and attach a copy of your insurance card. (*use additional pages if necessary*) / Favor de marcar TODAS las que correspondieron a la víctima al momento del crimen o a causa del crimen. A continuación nombre la compañía de seguros y la información de otras fuentes, y adjunte una copia de su tarjeta de seguro. (*Use páginas adicionales si es necesario*)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Private Health Insurance / Seguro de salud privado | <input type="checkbox"/> Medicare / Medicare | <input type="checkbox"/> Dental / Seguro de dentista |
| <input type="checkbox"/> Oregon Health Plan / Plan de Salud de Oregon | <input type="checkbox"/> Workers' Compensation /
Compensación de Trabajadores | <input type="checkbox"/> Auto Insurance / Seguro del vehículo |
| | | <input type="checkbox"/> None / No tengo/No tiene |

Insurance Company Name / Nombre del compañía de seguros:	Insurance Company Name / Nombre del compañía de seguros:

Have you received or expect to receive any payment as a result of this crime? / ¿Ha recibido o espera recibir algún pago como resultado de este crimen? Yes / Sí No

If yes, Source / Si responde sí, fuente _____ Amount / Cantidad _____

Optional Contact Person / Persona de contacto opcional

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

First Name / Primer nombre:	Middle Name / Segundo nombre:	Last Name / Apellido:
Contact person's phone / Teléfono de la persona de contacto: ()	Contact person's relationship to the victim / Relación entre la persona de contacto y la víctima:	Language Spoken / Idioma hablado:

Additional Counseling / Consejería adicional

Did anyone besides the victim receive or will be requesting counseling because of the crime? (Homicide Survivor Counseling, Child witness to domestic violence, family member of child victim of sex abuse) ¿Alguien, aparte de la víctima, recibió o solicitará consejería relacionada con el crimen? (Consejería para sobrevivientes de homicidio, menor testigo de violencia doméstica, familiar de un menor víctima de abuso sexual). Yes / Sí No

Name of Family Member / Nombre del miembro de familia:	Date of Birth / Fecha de nacimiento:	Relationship to Victim / Relación hacia la víctima:	Insurance Carrier / Compañía de seguros:

Civil Attorney Information / Información del abogado civil

Have you hired an attorney regarding a civil suit involving this crime? / ¿Ha contratado a un abogado para una demanda civil relacionada a este crimen? Yes / Sí No
 Undecided / No me he decidido

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

For Homicide Claims Only / Sólo para reclamos por homicidio

Please list all out-of-pocket and unpaid Funeral Expenses / Mencione todos los gastos funerarios pagados de su propio bolsillo y los aún no pagados::

Provider of Funeral Services / Proveedor de servicios funerarios	Address / Dirección:	City / Ciudad:	State / Estado :	Zip / Código postal:	Phone / Teléfono:
					()
					()
					()

At the time of death, was the victim financially supporting any dependents? / En el momento del fallecimiento, ¿la víctima estaba manteniendo económicamente a cualquier dependiente? Yes / Sí No

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

For Victim Assistance Program Use Only / Solo para el uso del Programa de Asistencia para Víctimas

County:

Advocate name:	Advocate e-mail:	Advocate phone#: ()
----------------	------------------	-------------------------

Information Release / Divulgación de información

The Crime Victims' Compensation Program (CVCP) must investigate all applications. This authorization will be used to gather information from law enforcement, your employer(s), insurance companies, financial institutions, medical facilities, and other sources in order to determine and manage your claim. CVCP will disclose information about your claim only when required by law to do so.

MEDICAL AND OTHER RELEASE:

BY SIGNING THIS APPLICATION I HEREBY 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 Indemnización para Víctimas de Crímenes (Crime Victims' Compensation Program - CVCP) debe investigar todas las solicitudes. Esta autorización se usará para reunir información de la policía, su(s) empleador(es), compañías de seguro, instituciones financieras, establecimientos médicos y otras fuentes a fin de determinar y gestionar su reclamo. El CVCP divulgará la información acerca de su reclamo únicamente cuando sea requerido por ley.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA Y DE OTRO TIPO:

AL FIRMAR ESTA SOLICITUD, DOY MI CONSENTIMIENTO POR ESTE MEDIO PARA QUE SE DIVULGUE INFORMACIÓN ENTRE EL PROGRAMA CVCP y cualquier hospital, médico, psicoterapeuta, establecimiento y servicio médico, proveedor de seguro incluyendo los beneficios del seguro social y por discapacidad, empleador y servicio social o agencia gubernamental incluyendo el Departamento de Empleo, División de Servicios para Adultos y Familias, Oficina Estatal de Servicios para Menores y Familias, División de Compensación para Trabajadores, Administrador de la Corte del Estado o cualquier otra persona autorizada o agencia policial para fines relacionados con mi solicitud del 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 compromiso con el 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 ESTA SOLICITUD, ME COMPROMETO POR ESTE MEDIO a informar inmediatamente al Programa CVCP sobre cualquier recupero esperado o recibido relacionado con el crimen. Me comprometo además a devolver al Programa CVCP de ese recupero una suma igual a la cantidad total adjudicada por el CVCP. Reconozco y acuerdo que las fuentes de recupero de este acuerdo de subrogación incluyen, pero no se limitan, a los siguientes tipos de fuentes de recupero: 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 reembolsar 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 PENA DE FALSIFICACIÓN NO JURAMENTADA, declaro que la información contenida en esta solicitud es verdadera y exacta. Yo, o nosotros, autorizo/autorizamos al Programa de Indemnización para víctimas de crímenes del Departamento de Justicia a verificar toda la información contenida en esta solicitud.

I understand that an electronic signature has the same legal effect and can be enforced in the same way as a written signature.

By checking this box and typing my name below I am electronically signing my application.

Signature of Victim/Applicant / Firma de la víctima/solicitante:

Date/ Fecha:

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

Date/ Fecha:

**OREGON DEPARTMENT OF JUSTICE
CRIME VICTIMS' SERVICES DIVISION**
1162 Court St NE Salem, Oregon 97301-4096
503 378-5348 or 800 503-7983 Fax 503 378-5738

**DEPARTAMENTO DE JUSTICIA DE OREGÓN
DIVISIÓN DE SERVICIOS PARA VÍCTIMAS DEL CRIMEN**
1162 Court St NE Salem, Oregon 97301-4096
503 378-5348 o 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 solicitar información a fin de procesar solicitudes de indemnización. La presentación del número de seguro social es voluntaria. No se negarán las solicitudes de las personas que se rehúsen a dar su número de seguro social. Si alguien recibe indemnización por haber presentado intencionalmente información fraudulenta en la que el Programa CVCP se basa para determinar o pagar la indemnización, perderá el derecho legal de recibir la indemnización. Usamos el número de seguro social para: verificar los montos de indemnización a ser pagados (ORS 147.035 y 147.125)(1)(b)(c)(d); y para verificar los beneficios del 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 1984. To insure 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.

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.

No discriminación

Para tener derecho a recibir fondos federales para su distribución en la indemnización para 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 usted provea no se usará de ninguna manera para determinar si su demanda se acepta o se rechaza y se mantendrá confidencial.

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 Estadounidenses 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 reporte 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:

Black or African American / Afroamericana o negra
 American Indian or Alaska Native / Indígena
norteamericana o de Alaska
 Hispanic or Latino / Hispana o latina

Asian / Asiática
 Native Hawaiian or Other Pacific Islander / Nativa de Hawái o Isleña del Pacífico
 White Non-Latino or Caucasian / Blanca no latina o caucásica
 Other / Otra: