Formulario de solicitud de restitución de víctimas

ENVIAR DE REGRESO A: Washington County District Attorney's Office, 150 N. First Avenue, MS 40 Hillsboro, OR 97124
Teléfono: (503) 846-8671 FAX: (503) 846-3407 Correo electrónico: DA_VA_RESTITUTION@washingtoncountyor.gov

Víctima		**Acusado:**	**N.° de fiscal de distrito:**

IMPORTANTE: El abogado defensor **recibirá** esta información y el juez **puede recibir** esta información. Para proteger su privacidad, no presente ninguna otra documentación más que la necesaria para justificar su pérdida.
TODAS LAS SOLICITUDES DEBEN INCLUIR DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO (es decir: recibos, estimaciones, facturas, planes de tratamiento, etc.)

1. El seguro del acusado cubrió sus pérdidas económicas?

☐ Sí: Todas **Si la respuesta es "todas", no complete el resto del formulario.**	☐ Sí: No todas	☐ Aún no se realizó el pago: pendiente	☐ No	☐ No corresponde

2. Presentó una demanda ante su seguro o el Programa de Compensación a Víctimas de Delitos por estas pérdidas económicas? ☐ Sí ☐ No

Compañía de seguros:	N.° de póliza:	N.° de reclamo:
Nombre y teléfono del agente:		Deducible: $

3. Pérdida o daño de propiedad (describa los artículos dañados y/o reparados). *Agregue otras páginas si es necesario.*
Documentación necesaria: **debe** proporcionar recibos, estimados, tasaciones o valor de sustitución

Artículo (No incluya los artículos que actualmente están siendo retenidos en Propiedad y Evidencias si serán devueltos en las mismas condiciones).	**Valor del artículo**	**Cobertura de seguro**	**Su pérdida**
	$	**$**	**$**
	$	**$**	**$**
	$	**$**	**$**

4. Gastos médicos (hospital, médico, ambulancia, medicamentos recetados, asesoramiento, etc.)
Documentación necesaria: **debe** proporcionar facturas, recibos, estimados/planes de tratamiento

Artículo	**Costos**	**Cobertura de seguro**	**Gastos de bolsillo**
	$	**$**	**$**
	$	**$**	**$**
	$	**$**	**$**

5. Distancias recorridas en relación al crimen (incluya fechas, destinos y total de millas viajadas en cada dato ingresado)

Destino	**Fecha**	**Millas totales**	(Tasa 0.67 permitida por milla)	**Su solicitud**
				$
				$
				$

6. Pérdida de ingresos (incluir vacaciones y horas usadas por enfermedad)
Documentación necesaria: debe proporcionar recibo de sueldo

Nombre del empleador:	**Fechas omitidas**	**Horas**	**Salario**	**Su solicitud**
			$	**$**

7. Qué otras pérdidas económicas sufrió o prevé a causa de este crimen?
Documentación necesaria: **debe** proporcionar facturas, recibos, estimados

Artículo/Descripción	**Valor del artículo**	**Cobertura de seguro**	**Su solicitud**

☐ **No estoy solicitando la restitución.** **Solicitud de pérdida total: $ _____**

Certifico que a mi leal saber y entender la información brindada es verdadera, completa y correcta.

Firma: _____ Fecha: _____ DEBE RESPONDER ANTES DEL: _____