|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Case Information – To Be Completed by Adult Probation Staff | | | | | | | | | | | | |
| Defendant’s Name: | | | | | | | Court No: | | | | | |
| **Complete, firme y envíe este formulario al Departamento de libertad condicional de adultos  (Adult Probation Department) antes del:** | | | | | | | | | | | | |
| Su nombre: |  | | | | | Su defensor de la víctima del fiscal del distrito (si lo sabe): | | | | |  | |
| Su dirección del hogar: | | | |  | | | | | | | | |
| Su dirección postal: | |  | | | | | | Correo Electrónico: | |  | | |
| Su número de teléfono: | | | (     ) | | Número de teléfono del trabajo: | | | (     ) | Número de celular: | | | (     ) |
| ¿Ha presentado un reclamo ante el Consejo de compensación de víctimas? Sí  No  No sé | | | | | | | | | | | | |

No deseo solicitar una indemnización.

Envié esta información a la oficina del Fiscal de distrito y no tengo más información para aportar.

Deseo solicitar una indemnización por los gastos detallados a continuación.

Si desea solicitar una indemnización, detalle las pérdidas que experimentó como resultado del delito. Utilice hojas adicionales si lo necesita. Si tiene recibos, facturas, cotizaciones u otros documentos (como una copia impresa de Internet de un artículo comparable) con los que se puedan corroborar sus pérdidas, adjunte las copias; esto nos ayudará a crear un caso más sólido. **No envíe los recibos originales.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Propiedad robada o dañada**  Costos de reparación o reemplazo (se aceptan cotizaciones) | **Cantidad** | **¿Se adjunta copia del recibo/la factura?** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Gastos médicos**  Cualquier monto facturado a usted, su seguro, Medi-Cal/Medicare, etc. o que usted su seguro, Medi-Cal/Medicare, etc. haya pagado | **Cantidad** | **¿Se adjunta copia del recibo/la factura?** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Salarios o lucro cesante** | **Cantidad** | **¿Se adjunta copia del recibo/la factura?** |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pérdidas varias**  Asesoramiento en salud mental, honorarios de abogados, gastos de seguridad residencial, etc. | **Cantidad** | **¿Se adjunta copia del recibo/la factura?** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Declaración sobre el impacto de la víctima**

Usted puede aportar una declaración por escrito en la que describa de qué manera le afectó el delito. Por ejemplo: ¿De qué manera afectó su bienestar o el bienestar de las personas cercanas a usted? ¿Usted o alguien cercano a usted ha buscado asesoramiento? ¿Sus relaciones cambiaron como consecuencia del delito? ¿Padeció síntomas o lesiones físicas como consecuencia del delito? ¿De qué manera afectó el delito su capacidad de trabajar/asistir a clases, ganarse la vida, ocuparse de la casa, disfrutar las actividades o sentirse seguro? ¿Qué cambios ha tenido que implementar? Utilice hojas adicionales si lo necesita.

Su declaración se incluirá en el informe previo al fallo o el informe de indemnización que el Departamento de libertad condicional de adultos envíe al Tribunal. Tenga en cuenta que su declaración no será confidencial; el informe previo al Tribunal estará a disposición del acusado y de cualquier miembro del público durante 60 días posteriores a la audiencia del fallo.

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Su firma:** |  | **Fecha:** |  |