

SOLICITUD DE COMPENSACION PARA VICTIMAS DE CRIMEN

Estado de Illinois
Tribunal de
Reclamaciones



Estado de Illinois
Procuraduría General

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD

- **¿Quién debe completar la solicitud?** La solicitud debe ser completada por uno de los siguientes:
 1. Una persona mayor de 18 años y que esté listado en la Ley de Compensación para Víctimas de Crimen como solicitante elegible según 740 ILCS 45/2 que solicita el reembolso de sus propios gastos; o
 2. Si la víctima es menor de 18 años o tiene una discapacidad legal, entonces el padre o tutor legal de la víctima debe completar la solicitud en su nombre; o
 3. Cualquier persona que haya pagado o se encuentre obligado a pagar los gastos de la víctima (médicos/hospitalarios, funerarios/entierro). La solicitud debe estar firmada por el solicitante o por el padre o tutor legal de la víctima si la víctima es menor de 18 años, o bajo discapacidad legal.
- **Documentos.** Se requerirán documentos que respalden su solicitud de compensación para procesar su reclamo. Si está disponible, envíe copias de todos los documentos que tenga con la solicitud completa (por ejemplo, informe policial, orden plenaria de protección, orden civil de prohibición de contacto, facturas de hospital o médicos). Si no tiene todos los documentos disponibles, recopile copias de cualquier documentación adicional para tenerla disponible cuando nos comuniquemos con usted.
- **Reportes de Policía.** Para completar nuestra investigación, solicitaremos un informe policial del incidente. Si tiene el número de reporte de policía, favor de escribirlo en la sección de crimen. Si no tiene el número de reporte de policía, favor de proporcionar la mayor cantidad de información posible sobre el crimen.
- **Complete la solicitud proporcionando toda la información solicitada.** Adjunte hojas adicionales si la solicitud no proporciona espacio suficiente. Revise la solicitud después de completarla para asegurarse de que se haya incluido toda la información requerida. Envíe su solicitud completa a:

Office of the Attorney General
Crime Victims Compensation Bureau
115 S. LaSalle St.
Chicago, IL 60603
- **Cambio de dirección o número de Teléfono.** Una vez que haya presentado una solicitud, debe notificar a la Oficina del Procurador General inmediatamente si su dirección postal o número de teléfono cambia. Si no se proporciona la información de contacto corregida, es posible que el reclamo no se presente ante el Tribunal de Reclamaciones o que se cierre sin que se recomiende el pago.

- **Si determinamos que usted es elegible para recibir un reembolso por el programa,** solicitaremos documentación adicional para respaldar su solicitud de reembolso. Todos los formularios que deben completarse o los documentos solicitados por el Procurador General deben devolverse a la oficina dentro de los 45 días antes de que se pueda reembolsar cualquier gasto.
- **Si necesita asistencia para completar esta solicitud,** o si desea referencias para servicios adicionales comuníquese con la Oficina del Procurador General de Illinois al 1-800-228-3368. Las personas con discapacidades auditivas o del habla comunicarse con nosotros utilizando el Servicio de retransmisión 7-1-1.

Sección 1. Información sobre la Víctima y Solicitante

- Si usted fue una víctima lesionada durante un crimen violento y tiene más de 18 años, complete únicamente la información de la víctima. Usted es la víctima y el solicitante, por lo que no es necesitamos que repita su información de contacto en la Sección 1, Parte B. Debe firmar la solicitud.
- Si usted no es la víctima lesionada sino un solicitante elegible que busca un reembolso por sus propios gastos, puede solicitar el reembolso por sus propias pérdidas que resultaron del crimen. En estos casos, usted es un solicitante elegible. Si es un solicitante elegible y tiene más de 18 años, complete la información del solicitante en la Sección 1, Parte B con su información. Complete la Sección 1, Parte A con la información de la víctima lesionada o fallecida. Debe firmar la solicitud.
- Si usted está solicitando en nombre de una víctima menor de edad, discapacitada o fallecida (es decir, si usted es el padre de un menor de edad o el familiar de una víctima fallecida), incluya la información de la víctima lesionada o fallecida en la Sección 1, Parte A y su información de contacto en la Sección 1, Parte B. Si completa la solicitud en nombre de una víctima menor de edad, discapacitada o fallecida, debe firmar la solicitud.
- Si usted está solicitando reembolso por los gastos que pagó o se vio obligado a pagar en nombre de la víctima, usted es un solicitante elegible. **Debe completar la Sección 1, Parte A con la información de la víctima que sufrió daño físico. Debe completar la Sección 1, Parte B con su información. Debe firmar la solicitud.**
- Es necesario que proporcione información correcta para que nuestra oficina pueda contactarlo con más preguntas y enviarle documentos. Si su información de contacto no es correcta, es posible que no pueda recibir el pago.
- Un defensor trabaja con víctimas de crímenes y brinda asistencia y referencias. No necesita un abogado para solicitar una compensación. Sin embargo, si está trabajando con un defensor y desea que hablemos con su defensor con respecto a su reclamo u obtengamos información sobre su caso de su defensor, indique la información en la Sección 1, Parte C.
- Si hay otra persona con quien le gustaría que discutamos su reclamo, proporcione el nombre de esa persona en la Sección 1, Parte C. Si los analistas que trabajan con su reclamo no pueden comunicarse con usted, su reclamo podría no ser recomendado para el pago. Es útil, pero no necesario, tener otro medio para obtener información sobre el reclamo para evitar dejar de ser elegible para el programa. Si la persona mencionada no puede ser contactada o no puede proporcionar la información necesaria, los analistas se comunicarán con usted para analizar el reclamo.
- Si usted no es la persona lesionada físicamente, pero aún así es un solicitante elegible, complete una solicitud separada para usted al solicitar el reembolso de propios gastos.

Sección 2. Información sobre el Crimen y el Proceso Judicial

- Esta sección recopila información sobre el crimen y procedimientos judiciales que se han llevado a cabo como resultado del crimen. No todas las secciones pueden aplicarse a su situación; proporcione la mayor cantidad de información posible.
- Incluya un número de informe policial, si lo sabe.
- Por favor envíe una solicitud por cada crimen.

Sección 3. Reembolso de Pérdidas

- Esta sección recopila la información sobre los tipos de pérdidas compensables que usted puede haber sufrido como resultado del incidente. Los tipos de pérdidas compensables son aquellos que están cubiertos bajo el Programa de Compensación para Víctimas de Crimen.
- Si tiene alguna pregunta, o si desea tener más información sobre las pérdidas cubiertas por el programa, favor de llamar al (800) 228-3368. Las personas con discapacidades auditivas o del habla pueden comunicarse con nosotros utilizando el Servicio de retransmisión 7-1-1.

Sección 4. Información Médica y Beneficios

- Complete esta sección solo si solicita gastos médicos, dentales o de consejería.
- Si es un solicitante elegible y solicita gastos de consejería que incurrió debido al crimen contra una víctima lesionada, complete una solicitud por separado para usted como solicitante elegible.
- Los gastos de consejeros psicológicos sólo podrán ser pagados si la consejería es proporcionada por uno de los siguientes profesionales: psicólogo clínico con licencia, trabajador social clínico con licencia, consejero profesional clínico con licencia, consejero profesional con licencia o un practicante/enfermero de Ciencia Cristiana.

Sección 5. Información sobre el Empleo

- Complete esta sección si está solicitando pérdida de ingresos debido al incidente. Este reembolso se otorga si hay pérdidas de ingreso debido al tiempo libre para recuperarse del crimen y asistir al tribunal.
- Si usted es el padre, cónyuge o hijo, y está solicitando la pérdida de ingresos por el tiempo que perdió en el trabajo para cuidar de su hijo, cónyuge o padre lesionado, complete una solicitud separada indicando que usted es la víctima.

Sección 6. Información sobre los gastos de Funeral/Entierro y Beneficios de Muerte

- Complete esta sección si está solicitando en nombre de una víctima fallecida.
- La pérdida de manutención se proporciona cuando una víctima de un delito estaba trabajando antes del crimen, pero debido a su muerte ya no puede brindar apoyo monetario o cumplir con la obligación legal de brindar apoyo económico.
- Requerimos información sobre todos los dependientes de la víctima antes de poder hacer cualquier recomendación. Incluya el nombre de los dependientes, la fecha de nacimiento y el nombre, dirección y número de teléfono de los tutores legales.

Sección 7. Certificación y Autorización

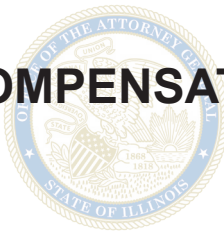
- El Reconocimiento de Subrogación indica que usted ha leído la sección, comprende y acepta subrogar sus derechos de recuperación en caso de obtener restitución del caso penal o dinero de una demanda civil. Esto significa que si usted, o cualquier proveedor en su nombre, recibe dinero del Programa de Compensación para Víctimas de Crimen, acepta que si recupera dinero de cualquier otra fuente, como del delincente o de una demanda civil, devolverá el dinero que recibió del Programa de Compensación para Víctimas de Crimen.

- La Divulgación de Información autoriza a la Oficina del Procurador General de Illinois a solicitar información médica, financiera y otra información necesaria para procesar su reclamo. La Oficina del Procurador General de Illinois solicitará sólo lo necesario para investigar el reclamo.
- Lea la Certificación de Solicitud, que certifica que la información que ha proporcionado en la solicitud es verdadera y precisa, bajo pena de perjurio. Asegúrese de haber proporcionado la información más completa y precisa disponible antes de firmar.
- La solicitud pide información sobre un abogado. Sin embargo, no necesita un abogado para solicitar este programa.

El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, 42 U.S.C. 2000d et seq., prohíbe la discriminación por motivos de raza, color u origen nacional en programas que reciben asistencia financiera federal. Las personas que hablan inglés como segundo idioma y que sean solicitantes o beneficiarios de programas que reciben asistencia financiera federal recibirán servicios de traducción e interpretación de idiomas sin costo alguno para el solicitante o beneficiario. Si cree que ha sido discriminado en un programa de cualquier institución que recibe asistencia financiera federal, debe comunicarse de inmediato con la agencia federal que brinda dicha asistencia.

CRIME VICTIMS COMPENSATION APPLICATION

State of Illinois
Court of Claims



State of Illinois
Attorney General

**COMPLETE ALL SECTIONS TO THE BEST OF YOUR ABILITY.
SEE INSTRUCTIONS FOR INFORMATION ON FILLING OUT THE APPLICATION.**

Required fields are denoted with a red Asterisk "*".

If you need help, call the Attorney General's Office at **1-800-228-3368**, 7-1-1 relay service.

NOTICE:

Law enforcement reports or other documentation obtained by the Attorney General's office from an applicant, victim, or third party under the Crime Victims Compensation Act for the purposes of investigating an application for crime victim compensation, shall not be disclosed to the public or any individual or entity, not including the individual who supplied the report or documentation, by the Attorney General's office. Any records obtained by the Attorney General's office to process the application, including but not limited to applications, documents, and photographs, shall be exempt from disclosure by the Attorney General's office under the Freedom of Information Act.

Office Use Only

SECTION 1. VICTIM & APPLICANT INFORMATION

If the injured victim is a minor, or incapacitated adult, do you have legal guardianship?* ☐ YES ☐ NO
If the answer is YES, please provide documentation to show guardianship.

A. INJURED VICTIM / DECEASED VICTIM INFORMATION

Victim's Name:* _____ Date of Birth:* ____ / ____ / ____

Street Address:* _____ Apt#: _____

City:* _____ State:* _____ Zip Code:* _____

E-mail Address:* _____

Cell Phone:* (____) ____ - ____ Alternate Phone: (____) ____ - ____

Work Phone: (____) ____ - ____

☐ Male ☐ Female ☐ Transgender Female ☐ Transgender Male

☐ Genderqueer/Gender Non-Conforming (GNC) ☐ Prefer Not to Answer ☐ Not Listed

Marital Status: ☐ Single ☐ Married ☐ Divorced ☐ Widow(er) ☐ Civil Union Partner

The following information is used for statistical purposes only according to federal regulations. Providing this information is voluntary and will not affect your application. Victim's Race: ☐ White

☐ Black or African American ☐ Asian ☐ American Indian or Alaskan Native ☐ Native Hawaiian

Other Race _____

Victim's Ethnicity ☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino

Do you have a disability? ☐ Yes ☐ No, If yes, nature of disability ☐ Physical ☐ Mental ☐ Developmental.

B. APPLICANT INFORMATION, if you are applying as an eligible applicant or on behalf of a minor injured victim or an incapacitated adult injured victim.

Applicant's Name:* _____ Date of Birth:* ____ / ____ / ____

Street Address:* _____ Apt#: _____

City:* _____ State:* _____ Zip Code:* _____

E-mail Address:* _____

Cell Phone:* (____) ____ - ____ Alternate Phone: (____) ____ - ____

Work Phone: (____) ____ - ____

☐ Male ☐ Female ☐ Transgender Female ☐ Transgender Male ☐ Genderqueer/Gender Non-Conforming (GNC)
☐ Prefer Not to Answer ☐ Not Listed

Marital Status: ☐ Single ☐ Married ☐ Divorced ☐ Widow(er) ☐ Civil Union Partner

Relationship to the injured or deceased victim: _____

• Are you seeking compensation for your own expenses? ☐ Yes ☐ No

If no, what expenses are you requesting compensation for?: _____

C. CONTACT INFORMATION

• Is English your preferred language? ☐ Yes ☐ No

If no, language you are most comfortable speaking: _____

• Are you working with an advocate? ☐ Yes ☐ No If yes, please provide the following:

Name: _____ Telephone: _____

Organization: _____ E-mail Address: _____

• Do you consent to allow the Attorney General's Office to discuss your claim with your advocate or obtain documents required for your claim? ☐ Yes ☐ No

• Is there another person you would prefer us to contact to discuss your claim? ☐ Yes ☐ No

Name: _____ Telephone: _____

Relationship to you: _____

SECTION 2 - CRIME AND COURT INFORMATION

A. CRIME INFORMATION

Police Report #: * _____

Date of Crime: * ____ / ____ / ____ Date Crime Reported: * ____ / ____ / ____

Street Address where crime occurred: * _____

City: * _____ County: * _____

Name of Agency/Police Department crime reported to: * _____

Briefly Describe crime: * _____

Briefly Describe injuries: * _____

Do you know the identity of the offender(s)? ☐ Yes ☐ No

• If yes, offender(s) name(s): _____

Relationship, if any, between victim and offender(s): _____

• Was a sexual assault evidence collection kit performed at a hospital? ☐ Yes ☐ No

B. CRIMINAL CASE INFORMATION

• Was the offender arrested? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown

• Has the offender been charged in court? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown

• Were you required to testify for this case? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown

• What was the outcome of the criminal case? (Include criminal case number if any)

• Has restitution been ordered against the offender? ☐ Yes ☐ No, If yes, how much? \$ _____

• Has the offender been charged in a Human Trafficking Court Proceeding? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown

• Were you required to testify for the Human Trafficking court case? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown

• What was the outcome of the Human Trafficking court case? (Include criminal case number if any)

USE OF FORCE CLAIMS

- Does the Crime alleged involve law enforcement officer's use of force? ☐ Yes ☐ No
 - If yes, have you participated in or initiated one of the following: use of Force Legal Proceeding, filed a Use of Force complaint, filed a Use of Force civil lawsuit, received a Use of Force settlement, received a use of force civil suit verdict ☐ Yes ☐ No
 - If yes, please explain and provide documentation for all complaints, proceedings or settlements
-
-

C. ORDER OF PROTECTION INFORMATION

Did you obtain a Plenary Domestic Violence Order of Protection, a Civil No-Contact Order, or a Stalking No Contact order? ☐ Yes ☐ No

If yes, please enter the number: OOP#_____ CNCO#_____

What is the date the Domestic Violence Order of Protection, Civil No-Contact Order, or a Stalking No Contact order was issued? _____

When does the Order of Protection expire? _____

D. SUPPLEMENTAL DOCUMENTATION PROVIDED BY THE APPLICANT

Are you providing supplemental forms of documentation with this application about the alleged crime, injuries sustained or any information relevant to your request for compensation?

☐ Yes ☐ No

If yes, please provide the date you received the supplemental forms of documentation along with the type of documentation provided. _____

E. CIVIL CASE INFORMATION

- Has a civil lawsuit been filed against anyone in relation to this incident? ☐ Yes ☐ No

Name of lawyer handling your civil suit: _____ ARDC No.: _____

Telephone: (____) _____ - _____ E-mail Address: _____

SECTION 3 - LOSSES CLAIMED

- | | | | |
|--|--|--|---|
| ☐ Medical/Hospital | ☐ Dental | ☐ Transportation | ☐ Accessibility Costs |
| ☐ Crime Scene Cleanup | ☐ Counseling** | ☐ Relocation Costs | ☐ Temporary Lodging |
| ☐ Tattoo Removal* | ☐ Loss of Earnings | ☐ Tuition | ☐ Replacement Service Loss |
| ☐ Locks | ☐ Windows | ☐ Clothing | ☐ Bedding |
| ☐ Prosthetic Appliances | ☐ Eyeglasses/Contacts | ☐ Hearing Aids | ☐ Replacement Costs |
| ☐ Loss of Support | ☐ Towing and Storage | ☐ Funeral/Burial | ☐ Loss of Future Earnings |
| ☐ Legal Fees | ☐ Doors | ☐ Funeral/Cremation | ☐ Dependent Replacement Service Loss |
| | | ☐ Headstone | |

- * Available for victims of Human Trafficking only
- ** Counseling expenses must be provided by a psychiatrist, licensed clinical psychologist, licensed clinical social worker, licensed clinical professional counselor, or a Christian Science practitioner / nurse.

SECTION 4 - MEDICAL INFORMATION & BENEFITS

Please submit copies of itemized bills. All bills must be submitted to other sources of recovery available to the victim.

Medical Provider	City	Provider Phone No.	Date(s) of Services	Amount of Bill

Insurance and Other Collateral sources? ☐ Yes ☐ No

Insurance and other collateral source information. The Crime Victims Compensation Program offers reimbursement after all other sources of payment have been exhausted.

Please enter Policy and ID# information in the corresponding field.

Medical Card

Medicare

Medical Insurance

Union Insurance

Vision/Dental Insurance, etc.

Worker's Compensation

Veterans Administration

SSI or SSDI

Auto Insurance

Proceeds of Personal Injury or
Other Litigation

Hospital Uninsured Patient
Discount

Other
Insurance

SECTION 5 - EMPLOYMENT INFORMATION

- In order to qualify for loss of earnings the victim must have been actively employed at the time of the crime.
- Are you applying for loss of earnings due to the crime? ☐ Yes ☐ No
Please list all employment history during the six (6) months before the crime:

Name of Employer	Employer's Address	Employer's Phone No.	Victim's Net Monthly Wages (Take Home Pay)

Did you receive sick, vacation, personal time, or disability benefits from work after the crime? ☐ Yes ☐ No

Type of Benefits	Amount
Sick	\$
Vacation	\$
Personal	\$
Disability	\$
Other	\$
Death Benefit From City of Chicago Fund	\$
Life, health accident, vehicle towing, or liability insurance	\$
Unemployment Payments	\$
Veterans or Social Security Burial Benefits	\$
Worker's Compensation or Dram Shop	\$
Federal Medicare or State Public Aid Program	\$

SECTION 6 - FUNERAL/BURIAL INFORMATION & DEATH BENEFITS

A. FUNERAL AND BURIAL

Name of Funeral Home

Funeral Home Phone Number

Total Amount of Funeral Bill

Name of Person(s) who have paid

Relationship to Victim

Amounts

		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

Have you received funds through the City of Chicago Emergency Supplemental Victims Fund (ESVF) for funeral and burial expenses? Yes No

If yes, how much money did you receive for funeral and burial expenses?

CEMETERY INFORMATION

Name of Cemetery

--

Cemetery Phone Number

--

Total Amount of Cemetery Bill

\$

Name of Person(s) who have paid

Relationship to Victim

Amounts

		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

Total Amount of Funeral/Cemetery Expenses

--

B. LIFE INSURANCE AND DEATH BENEFITS

- Did the victim have a life insurance policy? ☐ Yes ☐ No

Name of Insurance Company	Name of Beneficiary	Beneficiary's Phone No.	Amount Paid

C. LOSS OF SUPPORT TO DEPENDENTS

- Was the victim employed during the six (6) months before the crime? ☐ Yes ☐ No

Name of Dependent	Relationship to Victim	Date of Birth	Name/Phone Number of Legal Guardian

SECTION 7 - CERTIFICATION AND AUTHORIZATION

Acknowledgement and Subrogation: As required by the subrogation provision of the Illinois Crime Victims Compensation Act, 740 ILCS 45/17, I will contact and repay the Crime Victims Compensation Program if I receive any payments from the offender, a civil lawsuit, an insurance policy, or any other government or private agency to cover expenses for which I receive payment from the Compensation Program. I understand that I will be responsible for repaying the Compensation Program any amount for which it is later determined that I was not eligible.

Release of Information: I hereby authorize any hospital, physician, health care provider, mental health provider, funeral director, or other person who rendered related services; any employer of the victim or applicant; any law enforcement or governmental agency; any insurance company; or any other individual company, agency or organization having relevant knowledge, to furnish any and all information in their possession with respect to the incident that is the basis for this claim to the Crime Victims Compensation Bureau of the Illinois Attorney General's Office. This information is to be used in any way necessary related to my claim for an award of compensation from the Illinois Crime Victims Compensation Program.

I understand that medical records may contain information regarding care of psychiatric/psychological conditions, drug or alcohol abuse, HIV test results, AIDS, and AIDS-related conditions.

I understand that at any time I may revoke this authorization from the Illinois Attorney General's Office, except to the extent that action has been taken in reliance on this authorization. This authorization will expire in 3 years from the date the victim/applicant signed or when this claim is resolved.

This authorization complies with the requirements of 45 C.F.R. § 164.508, the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) and the HIPAA Privacy Rule. A photocopy or facsimile copy of this authorization shall have the same effect as the original.

Certification of Application: I hereby certify, subject to the penalties of perjury, that all of the information that I have provided in this application is true, accurate, and complete to the best of my knowledge. I understand that if I willfully provide any information that is false, incomplete, or misleading, I may be denied benefits and/or I may be prosecuted for crimes punishable by imprisonment, a fine, or both.

Applicant's Signature

Date Signed

Are you being represented by counsel for this Crime Victims Compensation Claim? ☐ Yes ☐ No

Name of Lawyer: _____ ARDC No: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Telephone: (____) _____ - _____ E-mail Address: _____

740 ILCS 45/12 prohibits the charging of fees for presenting this form to the Court of Claims.

**Please return completed application
and all subsequent information to:**

**Office of the Illinois Attorney General
Crime Victims Services Bureau
115 South LaSalle Street
Chicago, IL 60603**

Title VI of the Civil Rights Act of 1964, 42 U.S.C. 2000d et seq., prohibits discrimination on the basis of race, color, or national origin in programs receiving federal financial assistance. Persons who speak English as a second language who are applicants or recipients to programs receiving federal financial assistance, will be afforded language translation and interpretation services at no charge to the applicant or recipient. If you believe you have been discriminated against in a program of any institution which receives Federal financial assistance, you should immediately contact the Federal agency providing such assistance.