

CRIME VICTIMS COMPENSATION PROGRAM
13TH JUDICIAL DISTRICT
400 Warner Street
Fort Morgan, CO 80701

Estimado Solicitante:

Como víctima/testigo o el tutor de la víctima o del testigo, es posible que haya padecido alguna pérdida financiera. Debido a la naturaleza de su caso, es posible que califique para recibir ayuda conforme a la Ley de Indemnización para Víctimas de Delitos (*Crime Victim Compensation Act*) de Colorado, que está diseñada para asistir a las víctimas de delitos en lo relativo a algunas dificultades financieras que derivan de ellos.

Adjunta encontrará la solicitud de Indemnización para Víctimas respecto de la cual usted, como víctima/testigo o el tutor de la víctima o del testigo, podría resultar elegible para recibir una asignación de pago o reembolso conforme a la ley. También es importante destacar que **no** es necesario presentar los cargos a fin de calificar para obtener la Indemnización para Víctimas. Si desea solicitar dicha Indemnización, deberá adjuntar a la solicitud completa todas las facturas emitidas con motivo del delito. Además, si realizó el pago de ellas, deberá adjuntar los documentos que justifican el monto abonado. También solicitamos que usted firme y feche el formulario de consentimiento adjunto. **La solicitud redactada en español se encuentra disponible a pedido.**

Es importante que usted sepa que la Junta de Indemnización para Víctimas de Delitos deberá deducir de la asignación los pagos que haya recibido de usted o se hayan efectuado en su representación mediante alguna fuente de garantía, como el seguro de salud o automóvil, o mediante alguna reparación civil, excluidos los beneficios por fallecimiento y pensión. Asimismo, en caso de que usted o su representante reciba algún resarcimiento de otra fuente después de que la Junta haya efectuado la asignación, deberá reintegrar al Fondo de Indemnización para Víctimas las sumas recibidas o el monto de la asignación, el monto que sea inferior, salvo que el total de ambas sumas no supere la pérdida total. (Artículo 24-4.1-116 de las C.R.S. (Leyes Revisadas del Estado de Colorado)).

Esta oficina le notificará de inmediato cuando la Junta de Indemnización para Víctimas del Decimotercero Distrito Judicial apruebe o rechace la reclamación.

No dude en comunicarse conmigo al (970) 542-3473.

Envíe de regreso la solicitud completa a: *Oficina del Fiscal del 13^{er} Distrito Judicial*
Atención: Jill Olsen
400 Warner Street / Fort Morgan, CO 80701

Atentamente,



Jill Olsen, Administrador
Programa de Indemnización para Víctimas de Delitos
Fax: 970-542-3421
jolsen@13thda.com

Phone: (970) 542-3473 | Fax: (970) 542-3421 | jolsen@13thda.com



SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN PARA VÍCTIMAS

13^{er} Distrito Judicial / 400 Warner Street / Fort Morgan, CO 80701

Al servicio de los Condados de Morgan, Logan, Sedgwick, Phillips, Kit Carson, Washington y Yuma

El programa de Indemnización para Víctimas se desarrolla de conformidad al artículo 24-4.1-101 y artículos subsiguientes de las Leyes Revisadas de Colorado.

Requisitos de Elegibilidad:

1. El delito debe consistir en un acto por el cual la víctima padece alguna lesión mental o corporal, fallece o sufre algún daño patrimonial externo en las cerraduras, ventanas o puertas de una propiedad residencial como consecuencia del delito sujeto a indemnización.
2. La víctima debe cooperar con los oficiales de orden público (por ejemplo, fiscal de distrito, policía, alguacil).
3. Se notificó a la autoridad de orden público dentro de las 72 horas de haberse cometido el delito.
4. La lesión o el fallecimiento de la víctima no fue el resultado de su propia provocación sustancial u ofensa.
5. La victimización tuvo lugar el 1° de julio de 1982 o con posterioridad a dicha fecha.
6. La solicitud de indemnización debe presentarse dentro del año contado a partir de la fecha del delito y dentro de los seis meses en el caso de las reclamaciones por daños en propiedades residenciales.
7. El delito se cometió en el 13^{er} Distrito Judicial (Condados de Morgan, Logan, Sedgwick, Phillips, Kit Carson, Washington y Yuma) o en otro estado o país en el cual no existe ningún programa de indemnización para víctimas. Asimismo, la víctima reside actualmente en dicho 13^{er} Distrito Judicial (Condados de Morgan, Logan, Sedgwick, Phillips, Kit Carson, Washington y Yuma). NOTA: para obtener información de contacto sobre los programas en otros distritos judiciales, póngase en contacto con

NOTA: la Junta de Indemnización para Víctimas PUEDE renunciar a algunos de estos requisitos con justa causa o en interés de la justicia.

Información General:

1. No es necesario que exista alguna detención para que la víctima resulte elegible a fin de solicitar su indemnización, pero sí es necesario que exista una denuncia policial.
2. La indemnización podría otorgarse para cubrir gastos médicos, de terapia de salud mental, dentaduras, gafas, audífonos u otros aparatos médicos o protésicos, pérdida de ingresos, atención ambulatoria, servicios de atención a domicilio o de ama de casa, gastos funerarios y pérdida de manutención de dependientes.
3. Es posible que se asigne la indemnización por daños patrimoniales para cubrir el costo del reemplazo o de la reparación de ventanas, cerraduras o puertas exteriores que son dañadas a causa de la comisión de un delito.
4. Por ley, usted debe solicitar todas las demás fuentes disponibles de reembolso o asistencia financiera, incluso seguro privado, Medicaid y Medicare.
5. Adjunte todas las facturas y los recibos **detallados**. Podrá solicitar la indemnización aun si no ha recibido ninguna factura al día de la fecha.
6. Su reclamación será investigada y presentada a la Junta de Indemnización para Víctimas. Este proceso podría demorar hasta 60 días en completarse.
7. El resarcimiento total no podrá superar el límite legal de \$30,000. La política de la Junta limita la indemnización en algunas categorías. Llame al (970) 542-3473 para obtener la información específica sobre los límites.

8. En caso de que su reclamación sea rechazada, usted tiene el derecho a solicitar que se reconsidere la decisión de la Junta y presentar información nueva o adicional relacionada con los motivos de la reducción o del rechazo de su reclamación. Para coordinar la reconsideración de la decisión, póngase en contacto con el programa de Indemnización para Víctimas dentro de los 30 días contados a partir de la fecha en la cual recibe la notificación del rechazo o de la reducción de su reclamación. Si solicita la reconsideración de la decisión de la Junta, se le enviará por correo información adicional sobre el proceso de reconsideración. En caso de que la Junta sostenga el rechazo, usted tiene el derecho a solicitar que se revise la decisión de la Junta de conformidad con las Normas de Procedimiento Civil de Colorado dentro de los 30 días.

INSTRUCCIONES SOBRE SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN PARA VÍCTIMAS DE DELITOS

De conformidad con el artículo 24-4.1-105(2)(a) de las Leyes, el solicitante debe proporcionar al Programa de Indemnización la información que este le solicite según sea necesario para procesar la solicitud. Se devolverán o demorarán las solicitudes incompletas hasta que se reciba toda la información.

SECCIÓN 1 - INFORMACIÓN SOBRE LA VÍCTIMA: La *víctima principal* es la persona que *sufrió lesiones o falleció*. La *víctima secundaria* es aquella persona que tiene una relación cercana y familiar con la víctima o el testigo del delito. Se requiere de una solicitud por separado para cada familiar que solicita la indemnización (salvo la salud mental de víctimas secundarias). El número de Seguro Social se utiliza únicamente para verificar las facturas y el lucro cesante que se presentan para su pago, pero no es obligatorio.

SECCIÓN 2 - INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE: esta es la persona que será contactada respecto de esta reclamación. Puede tratarse de la misma persona que la víctima principal o de su tutor legal o familiar. *Debe completarse esta sección si la víctima es un menor o se encuentra fallecida.

SECCIÓN 3 - LITIGIO CIVIL: al firmar esta solicitud, usted acuerda reintegrar los fondos que reciba en cualquier litigio civil por los gastos que le abone el Programa de Indemnización.

SECCIÓN 4 - INFORMACIÓN SOBRE EL DELITO: al completar esta sección en su totalidad a su legal saber y entender, nos ayuda a asegurarnos de que contamos con la denuncia correcta para proceder con su solicitud. *NO* es necesario que proporcione una copia de esta denuncia.

SECCIÓN 5 - INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO Y OTRAS FUENTES DE GARANTÍA: las leyes estatales y federales establecen que la Indemnización para Víctimas de Delitos constituye el pagador de último recurso. Si tiene algún otro recurso a su disposición para el pago de las facturas que presenta, debe dar a conocer esta información. Se le devolverán las solicitudes que se encuentren incompletas. Es posible que sea necesario que presente un formulario de subrogación por separado en el caso de automóviles.

SECCIÓN 6 - SOLICITUD DE SERVICIOS: Esta sección tiene ocho subsecciones: marque los servicios con los cuales solicita asistencia o que prevé que necesitará asistencia. Escriba no corresponde (N/C) si no está solicitando asistencia para esa subsección.

- **Gastos Médicos:** todas las facturas detalladas que se presentan deben estar **directamente** relacionadas con el delito y son, en última instancia, su responsabilidad. Los presupuestos o las facturas relacionadas con el delito deben ser reenviados al Programa de Indemnización a medida que los recibe. Si solicita el reembolso, presente los recibos u otras constancias de pago con la factura detallada.
- **Artículos Médicos Personales:** esto se refiere a cualquier aparato médicamente necesario que fue robado o dañado como consecuencia del incidente delictivo. Esto incluye audífonos, gafas, dentaduras, etc. Envíe los presupuestos o las facturas detalladas.
- **Gastos Funerarios:** déjenos saber si ya ha abonado los gastos funerarios o si las facturas siguen estando pendientes de pago. Presente todas las facturas o los recibos que desee que sean considerados para su pago o reembolso. La persona que abonó el funeral es la persona que resulta elegible para recibir el reembolso si se aprueba la reclamación.
- **Pérdida de Salarios:** podrá solicitar pérdida de ingresos *únicamente* si se ausentó del trabajo debido a lesiones físicas o daño moral relacionados con el delito y su empleador no le otorgó licencia con goce de sueldo. Se le enviará por correo el Formulario de Pérdida de Salarios. Si usted es trabajador autónomo, se le solicitará que

presente una copia de su declaración impositiva del último año. Es posible que se le solicite presentar una nota del médico en caso de que la pérdida de salarios corresponda a más de una semana. La pérdida de ingresos debido a la investigación, las citas médicas/terapéuticas y las audiencias judiciales no resultan elegibles. El dinero robado durante un delito no constituye un gasto elegible.

- **Pérdida de Manutención de Dependientes:** si la víctima principal ha fallecido como consecuencia del delito, las personas que dependían parcial o totalmente de los ingresos de la víctima principal podrán solicitar recibir fondos por pérdida de manutención.
- **Propiedad Residencial/Seguridad Inmediata:** la Junta no puede reparar ni reemplazar ninguna propiedad a excepción de ventanas, cerradas y puertas residenciales. La Junta podrá ayudar a satisfacer cualquier otra necesidad de seguridad inmediata o limpieza de la escena del delito. Póngase en contacto con nuestra oficina para obtener más información.
- **Solicitud de Emergencia:** se pueden solicitar asignaciones de emergencia para situaciones de urgencia que exigen de una acción inmediata. Comuníquese con el Administrador de Indemnización para Víctimas a fin de obtener más información sobre la elegibilidad y la asistencia ante emergencias.
- **Terapia de Salud Mental:** para testigos o víctimas Principales y Secundarias de un delito. La Junta sólo aprobará la terapia con *terapeutas que tengan matrícula estatal* o algún proveedor de tratamiento bajo la supervisión directa de una persona que tenga dicha matrícula.

SECCIÓN 7 – DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y RESPONSABILIDADES Y DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS: es necesario que incluya sus iniciales en cada sección, además de su firma y la fecha correspondiente, a fin de completar la solicitud y autorizar al Programa de Indemnización para verificar las facturas en su representación. Es posible que se le devuelvan las solicitudes incompletas. Además, se demorará el pago.

SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN PARA VÍCTIMAS DEL 13^{er} DISTRITO JUDICIAL

SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN SOBRE LA VÍCTIMA – Responda cada pregunta. Escriba N/C si la pregunta no corresponde.

| | | |
|--|-----------------------------|--|
| Nombre de la Víctima (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido) | | Número de Seguro Social |
| Dirección Postal | Ciudad/Estado/Código Postal | |
| Teléfono Particular | Teléfono Laboral | Teléfono Móvil/Otro |
| Dirección de Correo Electrónico | Fecha de Nacimiento | Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |

La siguiente información se utiliza con fines estadísticos únicamente. Resulta necesaria para cumplir con las regulaciones federales.

| | | |
|--------------------------------------|--|---|
| Discapacidad: | Raza: | ¿Quién lo Derivó al Programa de Indemnización para Víctimas? |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Caucásico | <input type="checkbox"/> Autoridades de Orden Público |
| <input type="checkbox"/> Físicamente | <input type="checkbox"/> Afroamericano | <input type="checkbox"/> Oficina del Fiscal de Distrito |
| <input type="checkbox"/> Mentalmente | <input type="checkbox"/> Hispano/español | <input type="checkbox"/> Servicios Humanos |
| | <input type="checkbox"/> Nativo americano | <input type="checkbox"/> Hospital/Médico |
| | <input type="checkbox"/> Pacífico asiático | <input type="checkbox"/> Terapeuta |
| | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

SECCIÓN 2 – INFORMACIÓN SOBRE EL RECLAMANTE – Complete la sección únicamente si la víctima es un menor o se encuentra discapacitado o incapacitado.

| | |
|---|-----------------------------|
| Nombre del Reclamante (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido) | Vínculo con la Víctima |
| Dirección Postal | Ciudad/Estado/Código Postal |
| Teléfono Particular | Otro Teléfono |
| Fecha de Nacimiento | Correo Electrónico |

SECCIÓN 3 – LITIGIO CIVIL – La Junta de Indemnización para Víctimas de Delitos **debe ser** notificada de cualquier acción civil y debe recibir las pruebas escritas del monto y los términos del convenio.

¿Tiene pensado demandar a la persona o a la empresa/autoridad responsable de haberle provocado esta lesión? Sí No

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:

Nombre de Su Abogado

Civil: _____

Dirección Postal

Teléfono

Asegúrese de notificar al abogado civil sobre la presentación de su solicitud.

SECCIÓN 4 – INFORMACIÓN SOBRE EL DELITO – Todos los solicitantes **deben** completar esta sección.

Tipo de Delito:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Homicidio | <input type="checkbox"/> Agresión Vehicular, Homicidio Vehicular | <input type="checkbox"/> Agresión |
| <input type="checkbox"/> Agresión Sexual – Niño | <input type="checkbox"/> Amenazas | <input type="checkbox"/> Secuestros |
| <input type="checkbox"/> Agresión Sexual – Adulto | <input type="checkbox"/> Allanamiento de Morada de Primer Grado | <input type="checkbox"/> Trata de Personas |
| <input type="checkbox"/> Robos | <input type="checkbox"/> Delitos Contra Adultos En Riesgo | <input type="checkbox"/> Acoso |
| <input type="checkbox"/> Otro | _____ | |

Fecha del Delito:

Autoridad de orden público ante la cual se denunció el delito:

Número de denuncia de orden público:

Oficial de orden público encargado del caso:

Nombre del sospechoso:

Vínculo del Sospechoso con la Víctima:

¿El delito se cometió en el trabajo? Sí No

Condado en el cual se cometió el delito:

¿El sospechoso fue acusado ante un tribunal?
 Sí No

Número de caso judicial, si se encuentra disponible:

SECCIÓN 5 – INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO – Esta sección **debe** completarse para que pueda procesarse la reclamación.

¿Cuenta con cobertura del seguro de salud? Sí No

¿Sabe de algún seguro de automóvil que pueda cubrir esta reclamación? Sí No

¿Cuenta con algún seguro del propietario/inquilino que pueda cubrir esta reclamación? Sí No

EN CASO DE RESPONDER EN FORMA AFIRMATIVA ALGUNA DE ESTAS PREGUNTAS, LEA Y COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

- En primer lugar, todas las facturas deben ser presentadas mediante el correspondiente seguro.
- Las copias de todas las facturas **DEBEN** presentarse a fin de recibir la Indemnización para Víctimas de Delitos. Si ya efectuó pagos para cancelar las facturas y está solicitando su reembolso, debe proporcionar la constancia de dichos pagos (por ejemplo, recibos de tarjetas de crédito, cheques cobrados, etc.).

En caso afirmativo, tilde la opción que corresponda:

- Seguro Privado
- Seguro Colectivo
- Medicaid
- Medicare
- CHP (Planes de Salud Consolidados)
- Programa de Atención para Indigentes de Colorado (CICP)
- Indemnización Laboral
- Seguro de Automóvil
- Seguro de Propietario/Inquilino
- Otro

En caso afirmativo, complete la siguiente información:

Titular de la Póliza _____

Nombre de la Compañía _____

Número de la Póliza _____

Número de Teléfono _____

Monto del Deducible _____

Otro Seguro Vigente _____

SECCIÓN 6 – BENEFICIOS – Tilde cada tipo de reclamación por la cual reclama fondos y brinde la información solicitada dentro de la sección o marque el tipo de reclamación como no correspondiente (N/C).

SERVICIOS MÉDICOS/DENTALES: presente copias de los estados de cuenta y las facturas
____ médicas detalladas.

ARTÍCULOS MÉDICOS PERSONALES: presente copias de las facturas detalladas,
____ si corresponde.
(Limitado a los aparatos médicamente necesarios que fueron dañados o destruidos durante el delito).

Gafas/Lentes de Contacto: sí no **Prótesis:** sí no
Audífono: sí no **Aparato protésico:** sí no **Otro:** _____

GASTOS FUNERARIOS/DE ENTIERRO: presente copias de los gastos detallados,
____ si corresponde.

Nombre de la persona que abonó los gastos funerarios (si corresponde): _____

____ **PÉRDIDA DE SALARIOS:** se le enviará por correo el Formulario de Pérdida de Salarios si tilda esta casilla. La pérdida de salarios durante más de una semana requiere la presentación de una nota del médico que verifique la licencia. Si usted es trabajador autónomo, deberá presentar una copia de la declaración impositiva del último año. ¿La víctima pudo utilizar alguno de las siguientes tipos de licencia debido a la lesión física o al daño moral provocado por el delito?

Licencia por Enfermedad: sí no **Licencia por Vacaciones:** sí no **Licencia Personal:** sí no

NOTA: las solicitudes de pérdidas de salarios requieren la presentación de un número de seguro social que será verificado. Es posible que se solicite la presentación de otros documentos que sean necesarios.

____ **PÉRDIDA DE MANUTENCIÓN DE DEPENDIENTES:** los familiares que dependían parcial o totalmente de los ingresos de la víctima al momento de su fallecimiento pueden resultar elegibles para recibir la indemnización. Asimismo, en determinados casos (por ejemplo, Violencia Doméstica o Agresión Sexual a un Niño), la víctima principal podría calificar para recibir indemnización por pérdida de manutención si se cumplen ciertos criterios. Llame si desea obtener más información.

____ **PROPIEDAD RESIDENCIAL/SEGURIDAD INMEDIATA:** tilde la casilla correspondiente para solicitar la reparación o el reemplazo de las ventanas, cerraduras y puertas de entrada/salida de tipo residencial.

Puertas Cerraduras Ventanas Cambio de Cerradura Otro: _____

ASIGNACIONES DE EMERGENCIA: los fondos de la Indemnización para Víctimas **PUEDEN** asistir a las víctimas si se determina que requieren de asistencia ante emergencias (situación de urgencia que requiere de una acción inmediata) como resultado directo del delito.

TERAPIA DE SALUD MENTAL – Víctima Principal/Secundaria:

La terapia debe ser aprobada antes de comenzar el tratamiento, si la Indemnización par Víctimas es el

Nombre del

Terapeuta:

Número de Teléfono

Si existe algún otro familiar que necesite comenzar una Terapia de Salud Mental, dicha persona debe presentar su propia solicitud por separado.

SECCIÓN 7 – DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y RESPONSABILIDADES Y DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS -

Lea con atención cada sección e incluya su inicial en ella. Si no lo hace, podrían ocasionarse demoras.

___ **Certificación de la Solicitud:** la información incluida en esta solicitud de asignación de Indemnización para Víctimas de Delitos es cierta y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que la presentación de información falsa podría resultar en el rechazo de mi reclamación y que dicho acto es punible por la ley.

___ **Cooperación:** comprendo que la falta de cooperación con las autoridades de orden público (policía, alguacil, fiscal, etc.) podría derivar en el rechazo de mi reclamación.

___ **Proceso de Solicitud Alternativa:** Si considera que la Junta de Indemnización para Víctimas de su distrito judicial es incapaz de revisar justamente su reclamación debido a una relación personal o profesional con dos o más de sus miembros, dicha reclamación será enviada a otro distrito para su revisión. Si se aprueba su reclamación, esta oficina abonará las facturas. Comprendo que esto podría demorar el procesamiento de mi reclamación.

___ **Reintegro de la Asignación de Indemnización para Víctimas de Delitos:** comprendo que se reintegrarán al programa de Indemnización para Víctimas de Delitos los pagos que efectúe el infractor (acción civil o de resarcimiento), el seguro o cualquier otra autoridad privada o gubernamental en carácter de indemnización por la lesión sufrida o el fallecimiento después de recibir el pago del Fondo de Indemnización para Víctimas. Asimismo, comprendo que el resarcimiento se pretenderá del infractor mediante el procesamiento de un caso de delincuencia juvenil o penal.

___ **Acuerdo de Subrogación:** comprendo que la aceptación de la Asignación de Indemnización para Víctimas por parte del solicitante subrogará al estado en la medida de dicha asignación, cualquiera sea la causa o procedimiento a seguir por parte de dicho solicitante.

___ **Autorización para Divulgación de Información:** por la presente, autorizo la divulgación de todo tipo de información que pueda brindar mi empleador, médico, hospital, Departamento de Servicios Humanos, acreedores o proveedores de atención médica o servicios de salud mental, a los fines de verificar las reclamaciones que he presentado o de establecer la validez de la reclamación por resarcimiento. Asimismo, comprendo que la información brindada podría estar sujeta a la divulgación conforme a la ley.

___ **Liberación de Fondos:** Por la presente, autorizo que se liberen los fondos que me fueron asignados conforme a la Ley de Indemnización para Víctimas de Delitos de Colorado (*Colorado Crime Victim Compensation Act*) para efectuar directamente los pagos a los proveedores de servicios que corresponden a mi reclamación. Comprendo que la asignación está sujeta a la disponibilidad de los fondos y a la discreción de la Junta.

___ **Derecho de Reconsideración:** como solicitante, se le informa que si se rechaza su reclamación de Indemnización para Víctimas de Delitos, tiene el derecho a solicitar una audiencia de reconsideración ante la Junta de Indemnización para Víctimas de Delitos. Está facultado a presentar pruebas y testigos. En dicha audiencia, la carga de la prueba recae sobre usted que actúa en carácter de solicitante. Esta carga consiste en demostrar que la reclamación es razonable y que está sujeta a indemnización conforme a los términos de la Ley de Indemnización para Víctimas de Delitos de Colorado. En caso de que la Junta sostenga el rechazo en la audiencia de reconsideración, el solicitante tiene la posibilidad de solicitar que se revise la decisión de la Junta de conformidad con las Normas de Procedimiento Civil de Colorado dentro de los 30 días.

Nombre en Letra de Imprenta

Firma de la Víctima o del Reclamante
(Estampe su firma original)

*****Si la víctima es menor de 18 años, su padre o tutor debe firmar por ella.**

Fecha

Todas las solicitudes deben ser firmadas; si no lo hace, podrían ocasionarse demoras.

INCLUYA COPIAS DE FACTURAS DETALLADAS JUNTO A ESTA SOLICITUD. REENVÍE LAS DEMÁS FACTURAS RELACIONADAS CON EL DELITO A MEDIDA QUE LAS RECIBE. TODA LA DOCUMENTACIÓN PODRÁ SER ENVIADA DE REGRESO A: **INDEMNIZACIÓN PARA VÍCTIMAS DE DELITOS, ATENCIÓN: JILL OLSEN, 400 WARNER STREET, FORT MORGAN, CO 80701 O POR FAX AL (970) 542-3421.** PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN, COMUNÍQUESE CON LA OFICINA AL (970) 542-3473.