



**Office of the Clayton County District Attorney Declaracion de Impacto de Victima de Crimen**

**Para ser completado por la victima o para la victima, por un miembro de la Familia o abogado.**

**La informacion dada puede ayudar al Fiscal, y al Juez, entender mejor como este crimen le ha afectado a usted y a su familia. Tenga en cuenta que este formulario puede ponerse a disposicion del Abogado del Acusado, para revision. Si solicita que su direccion y / o numero de telefono se mantengan confidenciales, haga una nota en este formulario y su informacion se mantendra confidencial en la medida que la ley lo permita.**

**\*\*Por favor incluir paginas adicionales si es necesario en caso de necesitar mas espacio para responder a cualquier pregunta anterior.**

Nombre del Acusado: \_\_\_\_\_

Nombre de la Victima: \_\_\_\_\_

Número de telefono: \_\_\_\_\_

Otra persona que no sea la victima completando el formulario: \_\_\_\_\_

Relacion a la victima (familiar o abogado): \_\_\_\_\_ Número de telefono: \_\_\_\_\_

Razon por la cual la victima no lleno este formulario: \_\_\_\_\_

Por favor, mantenga mi información confidencial? No    Sí

1. Por favor explique como este delito le ha impactado a usted (o a su familia):

---

---

---

---

2. Fue fisicamente herido, debido a este crimen? No  Si  En caso afirmativo, explique la lesion/herida, y detalles de grado de los efectos de esa herida. Conjuntamente, explique cuanto tiempo o duro o pueda durar, la lesion/herida:

---

---

---

3. Que tratamiento medico es necesario, para su lesion fisica? Cuanto duro (o puede durar) el tratamiento fisico?

---

---

---

4. Par favor, explique cualquier efecto emocional que ha sufrido, debido a este crimen. Como le ha afectado a usted (y a su familia)? (Puede incluir cambio de actitud o sentimientos, miedo, cambio en estilo de vida, problemas emocionales, etc.):

---

---

---

---

5. Si usted, o un miembro de su familia, recibieron o solicitaron consejeria o terapia, debido a el crimen, explique quien lo necesito y por cuanto tiempo:

---

---

---

---

6. Si este crimen ha afectado su capacidad de trabajar (hacer dinero), explique como, e incluya el numero de dias perdidos del trabajo.

---

---

---

---

7. Si este crimen afecto sus relaciones familiares de alguna manera, por favor explique:

---

---

---

---

8. Por favor comparta cualquier informacion adicional que usted quiera que sea tomada en consideracion por el Fiscal y/o el Juez:

---

---

---

---

9. Explique cualquier otro cambio en su bienestar personal, o otros problemas que usted o su familia hayan experimentado , debido a este crimen:

---

---

---

---

**POR FAVOR, CONSULTE EL FORMULARIO DE RESTITUCION DE IMPACTO DE VICTIMA PARA DETALLAR CUALQUIER PERDIDA FINANCIERA ASOCIADA CON ESTE DELITO.**

Esta declaracion es firmada y afirmada como verdadera, bajo las penas del perjurio.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_

Nota: Si el acusado es condenado a tiempo para servir en el sistema penitenciario estatal, puede solicitar que esta oficina mande una copia de este formulario a la Oficina de Servicios para Victimas de la Oficina de Servicios Penitenciarios de Georgia, para su revision.

**POR FAVOR ENVIE ESTE FORMULARIO POR CORREO A:  
Clayton County District Attorney's Office  
Victim Assistance Unit  
9151 Tara Boulevard, 4th Floor  
Jonesboro, GA 30236**