**Oficina del Fiscal de Distrito**

**Circuito Judicial de Clayton**

**FORMULARIO DE RESTITUCIÓN DE IMPACTO DE VÍCTIMA**

**INFORMACIÓN DEL CASO: (Esta seccion sera completada por la Oficina de Asistencia a Testigos de Víctimas)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre de la víctima** | **Nombre(s) del demandado(s)** | **Número de caso y/o cargo(s)** |
|  |  |  |

**Si la documentación de respaldo no se envía junto con su reclamo de restitución, entonces su solicitud de restitución no se puede procesar y no se ordenara la restitucion.\*\*\*\*\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Describir el tipo de gasto****(Ejemplo: Artículo(s) dañado(s), robado(s), visita(s) al médico(s), etc.)** | **Cuál fue la cantidad exacto de su pérdida / gasto (Ejemplo: valor de los artículos tomados, costo de reparación, etc.)** | **¿El seguro cubrió alguna parte de esta pérdida / gasto? Si es así, ¿qué cantidad no cubrió el seguro? Incluya el monto deducible pagado en esta sección.** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |

**DEBE RESPONDER A TODAS LAS SECCIONES Y ADJUNTAR DOCUMENTOS DE RESPALDO, Incluyendo** **FACTURAS, RECIBOS, COPIA DE LA RECLAMACIÓN DEL SEGURO, ESTIMACIONES, ETC.**

**TENGA EN CUENTA: ALGUNOS CASOS SE RESUELVEN MUY RÁPIDAMENTE, POR LO TANTO, NO DEVOLVER ESTE FORMULARIO CON LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA DENTRO DE LOS 10 DÍAS PUEDE RESULTAR EN LA PÉRDIDA DE LA RESTITUCIÓN DEBIDA.**

\*\*El asesoramiento, los salarios perdidos, los servicios médicos /dentales, la pérdida de apoyo, el costo funerario y la limpieza de la escena del crimen están cubiertos por la compensación de la víctima. Solicite la Solicitud de Compensación de la Víctima.\*\*

El dolor, el sufrimiento, y la angustia emocional se consideran civiles y no están cubiertos por la restitución. \*\*\*\*

Verifico que, hasta donde yo sé, toda la información proporcionada por mí en este formulario es verdadera y correcta.

Nombre del solicitante (Imprimir)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del solicitante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Si lo completa alguien que no sea la víctima, por favor indique su relación con la víctima: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_