

**OFICINA DEL ABOGADO DEL DISTRITO DEL CONDADO DE MARION  
DECLARACION DE IMPACTO A LA VICTIMA**

DA # DEL CASO: \_\_\_\_\_

ESTADO CONTRA: \_\_\_\_\_

VICTIMA: \_\_\_\_\_

**PART A: INFORMACIÓN GENERAL**

*Sus pensamientos sobre el crimen en el que fue una víctima son muy importantes para esta oficina. Antes de que empiece, sugerimos que usted lea esta forma una vez para familiarizarse con las preguntas. Si necesita más espacio para escribir sus respuestas, por favor pegue paginas adicionales.*

*El abogado de la defensa recibirá una copia de esta forma. Es probable que el acusado también vea sus respuestas. Si el acusado es declarado culpable, información en esta forma será proveída a la corte y el departamento de correcciones.*

*Sabemos que responder estas preguntas puede ser difícil o doloroso para usted. Su participación voluntaria es apreciada. Si necesita asistencia, póngase en contacto con el Programa de Ayuda para Víctimas al (503)588-5253 or 1-866-780-0960.*

*Por favor firme, ponga la fecha y devuelva este forma dentro de 10 días. Si necesita una extensión de este tiempo, por favor llame a esta oficina.*

**1.** Por favor describa brevemente el impacto que este crimen ha causado para usted:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2.** Por favor describa sus heridas, si fue herido físicamente como resultado de este crimen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3.** Si este crimen le ha afectado emocionalmente, por favor describa:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Si este crimen ha afectado su habilidad de ganar un sueldo o asistir a la escuela, por favor describa:

---

---

---

5. ¿El crimen ha cambiado, en cualquier modo, su estilo de vida o la de su familia?

---

---

---

6. Por favor describa otros efectos de este crimen que usted o su familia están experimentando ahora:

---

---

---

7. Si tiene algunos pensamientos o sugerencias sobre la sentencia que la corte debería imponer por este crimen, por favor describa:

---

---

---

8. Si hay algo más que quiere que la corte sepa sobre este crimen, por favor describa:

---

---

---

---

Firma

Fecha

---

Firma de padre/guardian (sí es aplicable)

Fecha

## PARTE B: INFORMACIÓN DE RESTITUCIÓN

### INSTRUCCIONES: POR FAVOR,

- a) Solamente ponga en la lista los artículos que no han sido recuperados (o que se recuperaron dañados) por usted, la policía o una compañía de seguros.
- b) Ponga en la lista el costo de reparación y de limpieza de la propiedad personal.
- c) Incluye la prueba de la pérdida donde sea posible (por ejemplo copias de recibos, de facturas, de estimaciones, de cuentas de reparación, o de cheques cancelados. Por favor no envíe sus originales.)
- d) Proporcione la información de seguro si usted ha hecho un reclamo o piensa hacer un reclamo.

1. **LISTA DE LAS CUENTAS MEDICAS PARA LESIONES:** (costo de medicamento, de ambulancia, de hospital, etc.)

Medico/Dirección/Teléfono	Número de la Cuenta	Cantidad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

2. **DAÑOS/PERDIDA DE PROPIEDAD PERSONAL:** (costo para substituir o para reparar los artículos que no se han llevando como evidencia)

Artículos	Su valor comercial	El coste de reemplazo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. **ACONSEJOS:** Si usted ha recibido asesoramiento como resultado de este crimen, proporcione por favor la información siguiente.

Terapeuta: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Su costo por sesión: \$ \_\_\_\_\_ Número de sesiones hasta la fecha: \_\_\_\_\_

Número anticipado de sesiones en el futuro: \_\_\_\_\_

4. **SI USTED NO HA RECIBIDO EL ASESORAMIENTO,** está debido a:

a) inhabilidad de pagar las sesiones? \_\_\_\_\_

b) incertidumbre sobre a quien consultar? \_\_\_\_\_

c) otra razón: \_\_\_\_\_

**5. SALARIO PERDIDO:** Por favor provea lo siguiente si perdió algún sueldo.

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleado desde cual fecha: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de los días del trabajo que faltó: \_\_\_\_\_ Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Índice la paga neta diaria: \$ \_\_\_\_\_ Del perdida neta total: \$ \_\_\_\_\_

Yo fui \_\_\_\_ no fui \_\_\_\_ cubierto por beneficios de enfermedad o vacaciones durante mi ausencia. Mi pérdida del salario fue \_\_\_\_ no fue \_\_\_\_ cubierta por la remuneración de trabajadores, el SAIF, u otro seguro. (Circunde, por favor.)

**6. COSTOS FUTUROS ANTICIPADOS:** (Especifique)

\_\_\_\_\_

**7. INFORMACIÓN DE SEGURO:** Tiene usted o usted clasificará una demanda de seguro? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, por favor proporcione lo siguiente:

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ajustador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Numero de la Demanda: \_\_\_\_\_ Deducible: \$ \_\_\_\_\_

Se ha resuelto la demanda: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Cual es la cantidad que la aseguranza pagará por sus pérdidas: \$ \_\_\_\_\_

**8. INDEMNIZACIÓN PARA VÍCTIMAS DE CRÍMEN:** ¿Usted ha clasificado una demanda con el programa de Indemnización para Víctimas de Crimen para el estado de Oregon? (no cubre pérdida o daño de propiedad)

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Estatus del reclamo: \_\_\_\_\_

**9. PERDIDAS FINANCIERAS TOTALES:** \$ \_\_\_\_\_

*El hecho de reclamar restitución no garantiza que una orden de restitución será buscada, o que si es buscada, será pedida por completo o en parte. No garantiza tampoco que, si es pedido, será pagada por completo o en parte. Clasificar una demanda para restitución no cambia su derecho de demandar o de buscar daños en una acción civil, o de solicitar la Indemnización para Víctimas de Crimen a través del estado de Oregon.*

**PARTE C: NOTIFICACIÓN DEL ASPECTO**

*Como víctima, usted tiene el derecho de asistir a audiencias de la corte y, si hay una convicción, a la sentencia del demandado. Su horario será considerado al programar o cambiar la hora del juicio o la sentencia. Por favor indique las fechas en los próximos meses que usted no podrá asistir a una audiencia. La corte puede investigar en cuanto a la razón que usted no está disponible.*

*Si usted recibe una citación o un aviso de sentencia que conflicte con su horario, póngase en contacto inmediatamente con el abogado/a fiscal.*

Nombre: \_\_\_\_\_

Yo quisiera asistir el ensayo/corte/tribunal: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Incierto \_\_\_\_\_

Yo quisiera asistir a la audiencia de condenar: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Incierto \_\_\_\_\_

Yo quisiera hacer una declaración en la sentencia: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Incierto \_\_\_\_\_

No puedo asistir a la corte en las fechas siguientes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No puedo en estas fechas por las razones siguientes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PARTE D: INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

*Esta información no será proporcionada al abogado de la defensa ni al demandado, pero si estara disponible para agencias policíacas. Es importante que usted nos mantenga informados de cualquier cambio de dirección. Una dirección actual nos permitirá mantenerle informado sobre el estatus del caso y, si se pide y se paga restitución, permitirá al actuario de la corte remitirle cualquier dinero.*

**1. INFORMACIÓN PERSONAL**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección para correo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# de teléfono: casa \_\_\_\_\_ mensaje \_\_\_\_\_ empleo \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de seguro social: \_\_\_\_\_

# de licencia de manejar: \_\_\_\_\_ de cual estado: \_\_\_\_\_

**2. PERSONA DE CONTACTO:** Un pariente o amigo más cercano que no viva con usted que siempre sabrá como localizarle.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección para correo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# de teléfono: casa \_\_\_\_\_ empleo \_\_\_\_\_

**3. EMPLEADOR:** Si hay salarios perdidos debido a este crimen, por favor nos proporciona la información siguiente sobre el empleador para quien usted trabajaba en eso tiempo.

Nombre del Negocio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección para correos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**POR FAVOR ENVIE ESTA FORMA DENTRO DE 10 DIAS.** *Si necesita una extensión de ese tiempo, aconseje por favor a esta oficina.*

*Envíe a: División de Ayuda para Víctimas  
Oficina del Abogado del Distrito del Condado de Marion  
PO BOX 14500  
Salem, OR 97309*