

**FISCALIA DEL CONDADO DE MARION
DECLARACION DE IMPACTO PARA CASOS DE HOMICIDIO**

DA # _____ STATE VS. _____

VÍCTIMA: _____

PARTE A: INFORMACIÓN GENERAL

Sus pensamientos sobre el delito en cual su ser querido fue asesinado son muy importantes para nuestra oficina. Igualmente la ley de Oregón tiene derechos específicos para los familiares inmediatos en casos de homicidio. Entonces como víctima tienes ciertos derechos. Incluyendo el derecho si el acusado es condenado, de hacer una declaración ante el tribunal acerca del impacto que el delito ha tenido en si y sus pensamientos/opiniones sobre que tipo de sentencia se le debe imponer. Este formulario esta diseñado para facilitar que sus derechos sean escuchados.

Antes de compensar recomendamos que lea el formulario una vez para que se familiarice con las preguntas. Si necesita más campo para escribir sus respuestas, favor de usar páginas adicionales. O si prefiere no usar el formulario, puede usar cual quier método para escribir sus pensamientos/opiniones que prefiera. Si otros familiares quisieran responder, este formulario puede ser duplicado o puede recibir copias adicionales de nuestra oficina.

La información en este formulario se le presentara al tribunal, el departamento de correcciones, y el abogado defensor. El acusado probablemente mirara sus respuestas.

Reconocemos que contestar estas preguntas puede ser difícil o doloroso. Su participación voluntaria es apreciada. Si necesita asistencia, favor de comunicarse con su asistente o con la División de Asistencia Para Víctimas al 503-588-5253 o gratis al 1-866-780-0960.

Por favor describa brevemente come el delito involucrando a la muerte de su ser querido le ha afectado. En describir el impacto quizás quisiera considera y describir lo siguiente:

- **Si el delito le ha afectado físicamente y/o emocionalmente**
- **Si este delito ha afectado su capacidad para trabajar o asistir la escuela**
- **Cómo el delito le ha afectado a su familia**
- **Come el delito ha cambiado el estilo de vida de si o de su familia**
- **Si hay otros efectos que este delito ha causado en si o en su familia**
- **Si tiene algunos pensamientos o sugerencias sobre la sentencia que el tribunal le imponga al acusado por este delito**

INSTRUCCIONES: FAVOR,

- a) *Apunte solamente los artículos que no han sido recuperados (o que fueron recuperados dañados) por usted, la policía, o la compañía de seguridad.*
- b) *Apunte costos de reparación o limpieza a propiedad personal.*
- c) *Incluye prueba de pérdidas donde sea posible (por ejemplo copias de recibos, facturas, estimaciones, reparación y cheques cancelados. Por favor no envíe los originales.)*
- d) *Si otros familiares no van a llenar su propia declaración de impacto, favor de mandar información adicional por cada miembro familiar por costos de consejería y pérdida de ingresos.*
- e) *Proporcione información de la seguridad si va ser o ha hecho un reclamo.*

1. LISTA DE CUENTAS MÉDICAS POR LESIONES AL DIFUNTO:

(costo de medicamento, ambulancia, hospital, etc)

Nombre/Dirección/Teléfono	Número de Cuenta	Cantidad
----------------------------------	-------------------------	-----------------

2. FUNERAL Y ENTIERRO: (todo los costos del funeral y entierro)

Nombre/Dirección/Teléfono	Número de Cuenta	Cantidad
----------------------------------	-------------------------	-----------------

3. LISTA DE CUENTAS MEDICAS PARA LOS SOBREVIVIENTES Y/O FAMILIARES: (costos médicos relacionado con el delito)

Nombre/Dirección/Teléfono	Número de Cuenta	Cantidad
----------------------------------	-------------------------	-----------------

4. **CONSEJERIA:** Si ha recibido consejeria como resultado de este delito, favor de proporcionar la siguiente información. (Favor de proporcionar información adicional para los miembros familiares que no están completando su propia forma.)

Consejero: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Costo por Sesión: \$ _____ Número de Sesiones hasta la fecha: _____

Sesiones Anticipados: _____

5. **SI USTED U OTROS FAMILIARES NO HAN RECIVIDO CONSEJERIA** es por:

a) inhabilidad de pagar: _____

b) incertidumbre a quien consultar: _____

c) otro: _____

6. **PERDIDA DE MANUTENCION:** Si hay miembros de su familia que dependían de los ingreso del difunto, ¿que es la pérdida mensual para la familia? \$ _____

Los dependientes van/han recibido un pago de seguro de vida por parte del empleador:

SI _____ No _____

7. **PERDIDA DE SALARIO:** Si ha perdido salario como resultado de este delito, favor de proveer la siguiente información. (Favor de incluiré información adicional para los miembros familiares que no están completando una declaración de impacto.)

Ocupación: _____ Empleado Desde: _____

Empleador: _____ Teléfono: _____

Número de días que fallo del trabajo: _____ de _____ a _____

Tasa de Salario Diario: \$ _____ Perdida total: \$ _____

Si fui ___ No fui ___ cubierto por el tiempo perdido por mi trabajo.

Mi perdida de salario Si fue ___ No fue ___ cubierto por compensación de trabajo, SAIF, u otra seguridad. (Favor Marque.)

8. **PERDIDA DE PROPIEDAD:** (costo de reemplazar artículos que NO están detenidos como evidencia)

Articulo	Valor	Costo del Reembolso

9. DAÑO A PROPIEDAD: (costo de reparar o limpiar artículos.)

Descripción del Artículo

Costo

10. GASTOS ANTICIPADOS: (especifique)

11. INFORMACION DE SEGURANZA: ¿Ha hecho o va ser un reclamo con la seguridad?
No ____ Si ____ **Si si**, favor proveer la siguiente información:

Compañía de Seguridad: _____

Dirección: _____

Ajustador: _____ Teléfono: _____

Número de Reclamo: _____ Deducible: \$ _____

¿Se ha resuelto el reclamo? Si ____ No ____

Cantidad que la seguridad ha pagado o va pagar por su perdidas: \$ _____

12. INDEMNIZACION DE VÍCTIMAS DE CRIMEN: ¿Ha archivado un reclamo con el programa de Indemnización de Víctimas de Crimen del Estado de Oregon?
(No cubre daños o pérdida de propiedad)

Si ____ No ____ Estatus del Reclamo: _____

Si no, ¿ha recibido una solicitud del Programa de Indemnización de Víctimas de Crimen?

Si ____ No ____

13. PERDIDA FINANCIERA TOTAL: \$ _____

El hecho de archivar un reclamo de restitución no garantiza que una orden de restitución será ordenada o que si es ordenada será pedida por completo o en parte. Tampoco garantiza que si es ordenada que será pagado en completo o en parte. Archivando un reclamo de restitución no impide su derecho de archivar un reclamo civil o de tomar una acción civil por daños o para solicitar para el Programa de Indemnización de Víctimas de Crimen del Estado de Oregon.

PARTE C: NOTIFICACIÓN

Como víctima, tienes el derecho de asistir las audiencias y si hay una convicción, la sentencia del acusado. Su horario será considerado cuando se fije la programación o reprogramación de un juicio o la sentencia. Favor de indicar las fechas que no estará disponible para asistir las audiencias dentro de los próximos meses. El tribunal podrá preguntar por que no esta disponible.

Si recibe un citatorio o notificación de la sentencia y hay un conflicto con su horario, avísele a su asistente de víctimas o al fiscal inmediatamente.

No estoy disponible para el tribunal las siguientes fechas:

No estoy disponible esas fechas por las siguientes razones:

Firma

Fecha

PARTE D: INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Esta información no se le proporcionara al abogado defensor o al acusado. Es importante que usted mantenga a nuestra oficina informado de cambios a su dirección. Su dirección actual los permitirá mantenerlo informado del estatus del caso y, si la restitución es ordenado y pagada, permitirá que el clérigo trasmita cualquier cantidad de dinero para usted.

1. INFORMACION PERSONAL:

Nombre: _____

Dirección de Correo: _____

Dirección Física: _____
(Si es diferente) _____

Casa # _____ Celular # _____ Trabajo # _____

Fecha de Nacimiento: _____ Coreo Electrónico: _____

Licencia de Conducir # _____ Estado _____

2. PERSONA DE CONTACTO: Familiar o amigo que no viva con usted que sepa comunicarse con usted.

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección de Correo: _____

Dirección Física: _____

Coreo Electrónico: _____

Casa # _____ Celular # _____ Trabajo # _____

3. EMPLIADOR: Si perdió salario debido al delito, favor de proporcionar la siguiente información sobre su empleador quien estaba trabajando en ese momento.

Nombre del Negocio: _____ Teléfono: _____

Dirección de Correo: _____

FAVOR DE REGRESAR EL FORMULARIO DENTRO DE 20 DIAS. Si necesita tiempo adicional, favor de avisarle a su asistente o a la fiscalía llamando al 503-588-5253 o gratis al 866-780-0960.

***Envíelo a: Fiscalía del Condado de Marion, División de Asistencia Para Víctimas
P.O. BOX 14500, Salem, OR 97309.***