

PAIGE E. CLARKSON

DISTRICT ATTORNEY



MARION COUNTY DISTRICT ATTORNEY

P.O. BOX 14500, 555 COURT ST NE
SALEM, OREGON 97309

KEIR E. BOETTCHER
BRENDAN P. MURPHY
AMY M. QUEEN
DAVID R. WILSON
ADULT PROSECUTION
TRIAL TEAM SUPERVISORS

DAWN THOMPSON
ADMINISTRATIVE SERVICES
MANAGER

CONCETTA F. SCHWESINGER
SUPPORT ENFORCEMENT
TRIAL TEAM SUPERVISOR

SUSANA ESCOBEDO
VICTIM ASSISTANCE DIRECTOR

ROBERT ANDERSON
CHIEF MEDICAL LEGAL DEATH
INVESTIGATOR

INFORMACION DE RESTITUCION

NOMBRE DE VICTIMA:					
DOMICILIO:					
CIUDAD		ESTADO		CODIGO POSTAL	
TELEFONO	CASA			TRABAJO	
NOMBRE DE ACUSADO:		Auto populate			
NUMERO DE CASO	Auto populate	FISCAL:	Auto populate DDA name		

Detalle por favor las pérdidas financieras por ejemplo propiedad no recuperada, propiedad dañada o viles médicos. Si su aseguransa cubrió todo o parte de sus gastos por favor incluya su número de reclamo, la fecha de la pérdida y el número de teléfono para que se pueda incluir la cantidad en la orden de restitución. **NO** incluya información relacionado a compensación para dolor y sufrimiento.

DESCRIPCION DE PROPIEDAD		CANTIDAD DE RESTITUCION
1.		\$
2.		\$
3.		\$
4.		\$
5.		\$
6.		\$
TOTAL		\$

COMPANIA DE SEGURANZA:					
POLIZA #:		RECLAMO #:			
DEDUCIBLE:	\$	ASEGURANSA PAGO:	\$		

FIRMA DE LA PERSONA QUE COMPLETO ESTA FORMA

FECHA

NOMBRE ESCRITO DE LA PERSONA QUE COMPLETO ESTA FORMA

TELEFONO DE CASA

TELEFONO DE TRABAJO

Por favor incluya copies de sus recibos o estimados, y escriba el numero de caso y su nombre en sus documentos. Usted pude mandar los documentos por fax al 503-373-4348 o envíelos a Victim Assistance, Restitution
P.O. Box 14500
Salem, OR 97309