



**Oficina del Procurador General del Estado de Kansas
 JUNTA DE COMPENSACIÓN DE VÍCTIMAS DEL CRIME**

120 SW 10TH Ave., 2nd Floor
 Topeka, KS 66612-1597

Teléfono: (785) 296-2359 FAX: (785) 296-0652

Petición # _____
 (Sólo Uso de Oficina)

ASOLICITUD PARA TERAPIA DE DUELO*

(Debe ser presentada dentro de los dos años del incidente)

Preguntas sobre el estrés financiero son requeridas por la ley de Kansas.

** Las personas que reciban terapia de duelo deben estar relacionadas con la víctima de homicidio en una de las siguientes formas: cónyuge, hijo, hermano, padre, tutor legal, padrastro o abuelo. La pérdida económica (terapia de duelo) debe de ser o tener un costo de \$100.00 o más, y no haber sido o ser pagada enteramente por otras fuentes.*

Sección A – NOMBRE DE LA VÍCTIMA DE HOMICIDIO

1. Nombre de la Víctima:

2. Fecha de Nacimiento:

3. Seguro Social #:

Sección B – NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE TERAPIA DE DUELO

1. Beneficiario de Terapia de Duelo:

2. Parentesco con la víctima de homicidio:

3. Fecha de Nacimiento:

4. Seguro Social #:

Sección C - INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE **

** Si el solicitante y el destinatario son los mismos, complete la dirección y la parte telefónica solamente. Si alguien más que el beneficiario está solicitando, toda la sección debe ser completada.

1. Nombre del Solicitante:

2. Parentesco con la persona nombrada en la Sección B:

3. Dirección

4. Ciudad, Estado y Código Postal:

5. Teléfono durante el día #:

6. Fecha de Nacimiento:

7. Seguro Social #:

Sección D – INFORMACIÓN DE TERAPIA DE DUELO (El máximo permitido es \$1,500.00)

Por favor, adjunte declaraciones detalladas o facturas, recibos y declaraciones de seguro si están disponibles.

Nombre del Consejero/Organización	Dirección	Ciudad, Estado	Código Postal	# de Teléfono

Nombre de la Víctima: _____, _____
Último Primero

Sección E – CERTIFICACIÓN DE DIFICULTAD FINANCIERA (Requerido por K.S.A. 74-7305(d))

Yo (solicitante) afirmo que el acostumbrado nivel de salud, seguridad y educación con sí mismo y mis dependientes no pueden ser mantenidos sin dificultades, debido al resultado del incidente sobre el cual se basa esta petición.

Sección F – ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

- (1) Gastos de atención médica - Por la presente asigno cualquier compensación otorgada por atención médica no pagada al proveedor de atención médica aplicable. Esta asignación es condicional que dicho proveedor este de acuerdo en aceptar un pago directo del Tesorero del Estado de Kansas para pagar el 80% de los cargos permitidos en satisfacción como pago completo. Autorizo al Tesorero del Estado de Kansas a pagar el 80% de dichos permitidos cargos médicos no pagados al proveedor de atención médica apropiado.
- (2) Gastos de cuidado no médico - Por la presente asigno cualquier compensación otorgada por cargos no pagados por servicios no médicos al proveedor pertinente. Autorizo al Tesorero del Estado de Kansas a pagar cualquiera de esos cargos permitidos no médicos, no pagados directamente al proveedor.

Sección G – CERTIFICACIÓN DE RECLAMACIÓN

Por la presente certifico, bajo pena de multa o prisión, que todas las pérdidas aquí reclamadas son resultado directo del crimen y que la información contenida en esta solicitud de adjudicación es verdadera y correcta a mi leal saber y creencia.

Sección H – PROMESA DE REPARAR

De acuerdo con K.S.A. 74-7312, prometo reembolsar al Fondo de Compensación de Víctimas del Crimen de Kansas, a través de la Junta de Compensación de Víctimas del Crimen, si recibo pagos del delincuente (restitución o acción civil), seguro o cualquier otra agencia de gobierno o agencia privada resultante de este incidente.

AUTORIZACIÓN PARA CONCEDER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Autorizo y solicito a cualquier persona que tenga información con respecto al incidente que conduce a la lesión personal o muerte de la víctima, necesaria para la administración de esta petición, **incluyendo todos los registros de cumplimiento de la ley anteriores, diagnóstico médico, expedientes médicos, información de exámenes médicos e información de peticiones médicas**, para divulgar esa información a la Junta de Compensación de Víctimas del Crimen, o su representante. Esta publicación incluye, pero no se limita a, médicos y hospitales privados y gubernamentales; locales, estatales y federales de aplicación de la ley y las oficinas de los fiscales; personal de los tribunales locales, estatales y federales; cualquier empleador; cualquier compañía privada o agencia gubernamental que esté proporcionando o pueda proporcionar beneficios médicos o monetarios. Por la presente consiento y certifico que ninguna persona incurrirá en responsabilidad legal al divulgar cualquier información de acuerdo con esta autorización. Una fotocopia de esta autorización es efectiva y válida como el original. Toda la información obtenida por la Junta permanecerá confidencial de conformidad con K.S.A. 74-7308 y sus enmiendas. Esta Divulgación de Información Confidencial permanecerá en vigencia hasta que termine por mí por escrito.

_____ para _____
Firma del Apicante Si el destinatario tiene 12 años o más, debe firmar en esta línea.

_____ Fecha de Nacimiento del Destinatario
Nombre impreso del solicitante

_____ Número de Seguro Social del Beneficiario
Date