

**OFICINA DE LA FISCALIA DEL CONDADO DE HUNTERDON
FORMULARIO DE INFORMACION PARA VICTIMAS**

Num. De archivo en Fiscalia # (aparece en la carta) _____ Nombre del Acusado _____
 Su nombre: _____ Num. De Encausamiento#: _____
 Si usted no es la victima, cual es su parentezco con la victima? _____

Este formulario de informacion a victimas, asi como las declaraciones de las victimas son modos para que usted participe en el enjuiciamiento y la sentencia del acusado. **Instrucciones:** Favor de contestar las preguntas aplicables a su situacion. Si necesita mas espacio puede usar hojas de papel adicionales. Por favor escriba claro o a maquina.

(1) Si usted fue lesionado durante el incidente, favor de describir sus lesiones: _____

(2) Necesito usted tratamiento medico o servicios de salud debido al incidente? **SI O NO**

(3) Tiene usted seguro medico que lo ayude a pagar los costos? **SI O NO**

(4) En este incidente le robaron o sufrio danos a su propiedad? **SI O NO**
 Favor de hacer una lista de los objetos danados o robados y el costo de cada uno:

Objeto	Fecha de la compra	Precio de Compra	Valor Actual
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

(5) Tiene usted seguro para proteger sus bienes que lo ayude a pagar los costos? **SI O NO**
 Si lo tiene, cuanto pago o va a tener que pagar de su dinero? _____

(6) Ha perdido dias de trabajo o clases debido al incidente? _____
 Si contesto que si, cuantos dias perdio? _____ Por favor indique las fechas: _____
 Perdio salario debido al tiempo que estubo fuera? **SI O NO** Cuanto? \$ _____

(7) Necesita ayuda para llenar un formulario de reclamo con el departamento de compensacion a Victimas de Delitos, o Para recibir ayuda con los gastos medicos de concejeria, funerales o salarios perdidos? **SI O NO**

(8) Desea que el juez ordene que se le restituya de su perdida? **SI O NO** Si contesta que si, cuanto? \$ _____
 Restitucion es dinero que el acusado debiera devolverle por motivos del delito. Usted tiene el derecho de solicitar una Orden de Restitucion.

Para que el juez pueda ordenar restitucion, usted debiera adjuntar copias de cuentas, recibos o presupuestos de Cuentas medicas, gastos de concejeria, propiedad danada o robada y salarios perdidos. Si todavia no sabe el monto de los gastos, favor de enviar el formulario ahora y los gastos tan pronto los reciba.

(9) Necesita servicios de interprete o alguna otra asistencia especial que lo ayude a declarar o a testificar? De ser asi, que tipo de asistencia? Por favor sea especifico: _____

(10) Le gustaria recibir ayuda para encontrar un concejero o a un grupo de apoyo para victimas de delitos? **SI O NO**

IMPORTANTE: Las reglas de los Tribunales requieren que la Fiscalia le entregue al acusado una copia de este formulario.

Estas declaraciones son veridicas:

 Favor de Firmar

 Fecha

DECLARACION DE LA VICTIMA

Num. De Archivo Fiscalia:# _____ **Nombre del Acusado:** _____

Su Nombre: _____ **Num. De Encausamiento:#** _____

En el espacio provisto abajo por favor escriba como usted y su familia fueron afectados por este incidente. Favor de no hablar de los hechos del caso o de algo de lo que usted pueda testificar. Al juez y al fiscal les gustaria saber lo siguiente:

- a. Como se siente por el incidente**
- b. Como ha cambiado su vida por el incidente**
- c. Que sentencia usted cree debera recibir el acusado**

Favor de devolver este formulario y todos los documentos dentro de 5 dias laborables a:

**Janet L. Kerr, Coordinator
Office of Victim Witness Advocacy
Hunterdon County Prosecutor's Office
PO Box 756
65 Park Avenue
Flemington, New Jersey 08822**

**Si tiene alguna pregunta, favor de llamar a la oficina de
Amparo a Victimas y Testigos 908-788-1403 o enviar por fax 908-788-1404.**