

FISCALÍA DEL CONDADO DE MARION
DECLARACION DE IMPACTO

DA # _____ ESTADO CONTRA: _____

VÍCTIMA: _____

PARTE A: INFORMACIÓN GENERAL

Sus pensamientos sobre el delito en que fue víctima son muy importantes para nuestra oficina. Antes de empezar, sugerimos que lea el formulario una vez para familiarizarse con las preguntas. Si necesita más espacio favor use páginas adicionales.

El abogado defensor recibirá una copia de este formulario. Es probable que el acusado también vea sus respuestas. Si el acusado es condenado, información en este formulario será proporcionado al tribunal y al departamento de correcciones.

Reconocemos que contestar estas preguntas puede ser difícil o doloroso para usted. Su participación voluntaria es apreciada. Si necesita asistencia, por favor comuníquese con el Programa de Asistencia Para Víctimas al (503)588-5253 o gratis al 1-866-780-0960.

Por favor firme y devuelva el formulario dentro de 10 días. Si necesita una extensión, favor de comunicarse con nuestra oficina.

Por favor describa brevemente el impacto que este delito ha tenido en si. En describir el impacto quizás quisiera considera y describir lo siguiente:

- **Si fue herido físicamente como resultado de este delito**
- **Si este delito le ha afectado emocionalmente**
- **Si este delito ha afectado su capacidad para trabajar o asistir la escuela**
- **Cómo cambio el delito el estilo de vida de usted o de su familia**
- **Si el delito hay causado otros efectos 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**

Parte B: INFORMACION DE RESTITUCIÓN

Queremos determinar las pérdidas monetarias directas que ha sufrido debido al delito. Si podemos determinar sus pérdidas, podemos pedirle al tribunal que ordene restitución contra el acusado para reembolsar sus pérdidas. Por favor detalle sus pérdidas financieras ACTUALES como propiedad no recuperado, propiedad dañada o facturas médicas. **POR FAVOR INCLUYA COPIAS DE RECIBOS O ESTIMACIONES (ESCRIBA EL NUMERO DEL CASO (DA#) EN TODAS LAS PAGINAS).** Si necesita espacio adicional, use hojas adicionales. Si su seguro, banco o el Programa de Indemnización de Víctimas de Crimen cubrió algunas de sus pérdidas, por favor asegúrese de incluir el número de reclamo para pedir restitución para ellos también. **NO podemos pedir compensación por dolor y sufrimiento.**

	PÉRDIDAS – ADJUNTE RECIBOS/ESTIMACIONES	CANTIDAD
1.		\$
2.		\$
3.		\$
4.		\$
5.		\$
6.		\$
7.		\$
	PÉRDIDA TOTAL	\$

¿El SEGURO PAGO ALGO EN ESTE RECLAMO? Sí _____ No _____

¿Cuál seguro pago? Víctima _____ Acusado _____

SI EL SEGURO DE LA VÍCTIMA PAGO, POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACION:

Compañía de Seguro: _____

Tenedor de Póliza: _____ Nu. de

Póliza: _____

Nu. de Reclamo: _____ Deducible: \$ _____

Cantidad que pago el Seguro: \$ _____

¿Ha hecho un reclamo con el Programa de Indemnización de Víctimas de Crimen? _____

SI FUE VÍCTIMA DE ROBO DE IDENTIDAD O DE FALSIFICACIÓN		
Por favor incluya números de cuentas de bancos y/o perdidas de tarjetas de crédito		
BANCO	NÚMERO DE CUENTA DE: CREDITO/DEBITO/CHEQUEO	CANTIDAD

FIRMA DE LA PERSONA COMPLETANDO ESTA FORMA

FECHA

NOMBRE ESCRITO DE LA PERSONA COMPLETANDO ESTA FORMA

FECHA

Puede mandar el formulario y su documentación por fax al 503-373-4348.

Si tiene preguntas sobre restitución por favor comuníquese con:

Janice Thompson 503-373-4346 o Sean Walter 503-589-3256

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 programe el juicio o la sentencia. Favor indique las fechas que no estará disponible en los próximos meses para asistir las audiencias. El tribunal podrá preguntar por que no esta disponible.

Si usted recibe un citatorio o notificación de la sentencia y hay un conflicto con su horario, comuníquese con La Fiscalía inmediatamente.

No estoy disponible para asistir el tribunal en las siguientes fechas:

No estoy disponible esas fechas por las siguientes razones:

Firma

Fecha

PARTE D: INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Esta información no será proporcionado al abogado defensor ni al acusado, pero si estará disponible para las agencias de policías. Es importante que usted nos mantenga informados de cualquier cambio de su dirección. Una dirección actual nos permitirá mantenerlo informado sobre el estatus del caso y si restitución es ordenado y pagado, le permitirá al clérigo del tribunal remitirle cualquier dinero.

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: _____

Dirección de Correo: _____

Dirección Física: _____

(Si es diferente) _____

Teléfono: Casa # _____ Celular # _____ Trabajo

Fecha de Nacimiento: _____ Coreo Electrónico:

Licencia de Conducir #: _____ Estado: _____

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

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección de Correo: _____

Dirección Física: _____

Teléfono: Casa # _____ Celular # _____ Trabajo

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

Nombre del Negocio: _____ Teléfono: _____

Dirección de Correo: _____

POR FAVOR ENVIE EL FORMULARIO DENTRO DE 10 DIAS.

Si necesita una extensión, por favor comuníquese con nuestra oficina al 503-588-5253 o gratis al 1-866-780-0960.

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