

Fiscalía del Condado de Marion
DECLARACION DE IMPACTO PARA NIÑOS

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 con su hijo/a. En describir el impacto quizás quisiera considera y describir lo siguiente:

- **Si su hijo/a fue herido físicamente como resultado de este delito**
- **Si este delito le ha afectado a su hijo/a emocionalmente**
- **Si este delito le ha afectado a su hijo/a en la participación en escuela o en otra actividades**
- **Si este delito ha cambiado el estilo de vida de su hijo/a o de su familia**
- **Si el delito hay causado otros efectos con su hijo/a o con su familia**
- **Si usted como padre/guardián tiene algunos pensamientos o sugerencias sobre la sentencia que el tribunal le imponga al acusado por este delito**

PARTE B: INFORMACIÓN DE RESTITUCIÓN

INSTRUCCIONES:

- a) *Escriba sólo esos artículos que no han sido recuperados (o que fueron recuperados dañados) por usted, por la policía, o por la compañía de seguros.*
- b) *Escriba el costo de reparación y limpieza a su propiedad personal.*
- c) *Incluye pruebas de pérdida donde sea posible (por ejemplo copias de recibos, de facturas, de estimaciones, de reparaciones, o los cheques cancelados. Por favor no envíe los originales)*
- d) *Proporcione la información de la seguridad si usted ha archivado o piensa archivar un reclamo.*

1. **ESCRIBE LAS CUENTAS MEDICAS POR SUS HERIDAS:** (costo de medicamento, de ambulancia, de hospital, etc.)

MEDICO/DIRECCIÓN/TELÉFONO	NUMERO DE CUENTA	CANTIDAD
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

2. **PERDIDAS/DAÑOS A PROPIEDAD:** (costo de la reparación o reemplaza de artículos que **NO** están detenidos como evidencia.)

ARTICULO	VALOR	COSTO DE REEMPLAZA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. **CONSEJERIA:** Sí su hijo/a recibió consejería como resultado de este delito, por favor proporcione esta información:

Terapeuta: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Su costo por sesión: \$ _____ Numero de sesiones hasta la fecha: _____

Anticipación del numero de sesiones en el futuro: _____

4. **SI SU HIJO/A NO HA RECIBIDO CONSEJERIA, es por:**

- a) inhabilidad de pagar las sesiones: _____
- b) la inseguridad a quien ver: _____
- c) otra razón: _____

5. INGRESOS PERDIDOS: Proporcione la siguiente información por salario perdido.

Ocupación: _____ ¿Empleado cuantos años? _____

Empleador: _____ Teléfono: _____

¿Cuántos días faltó? _____ Desde _____ A _____

Tasa diaria de salario neto: \$ _____ Perdida total de neta: \$ _____

Si fui _____ No fui _____ cubierto por beneficios de enfermedad o vacaciones durante mi ausencia.

Mi pérdida de salario fue _____ no fue _____ cubierto por compensación o vacaciones del trabajo, SAIF, u otro seguridad. (Favor Marque)

6. GASTOS ANTICIPADOS EN EL FUTURO: (especifique)

7. INFORMACION DE SEGURANZA: ¿Ha hecho o va ser un reclamo con la seguridad?

Si _____ No _____ Si sí, proporcione por favor la siguiente información:

Compañía de Seguridad: _____

Dirección: _____

Ajustador: _____ Teléfono: _____

Numero de Reclamo: _____ Deducible: _____

¿El reclamo es finale: Si _____ No _____

Cantidad que la seguridad ha/va pagar por sus pérdidas: \$ _____

8. COMPENSACION PARA VÍCTIMAS DE CRIMEN: ¿Usted ha archivado un reclamo con el programa de Indemnización de Víctimas, del Estado de Oregon? (No cubre perdidas o daños a propiedad.)

Si _____ No _____

¿Si no, has recibido una solicitud para el programa de Indemnización de Víctimas de Crímenes?

Si _____ No _____

9. PERDIDAS FINANCIERAS TOTALES: \$ _____

El hecho de archivar un reclamo de restitución no garantiza que una orden de restitución será ordenada, o si esta ordenada, será pedida por completo o en parte. Tampoco no garantiza que si se ordenado 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 Crímenes por el Estado de Oregon.

PARTE C: DECLARACIÓN DE IMPACTO PARA NIÑOS

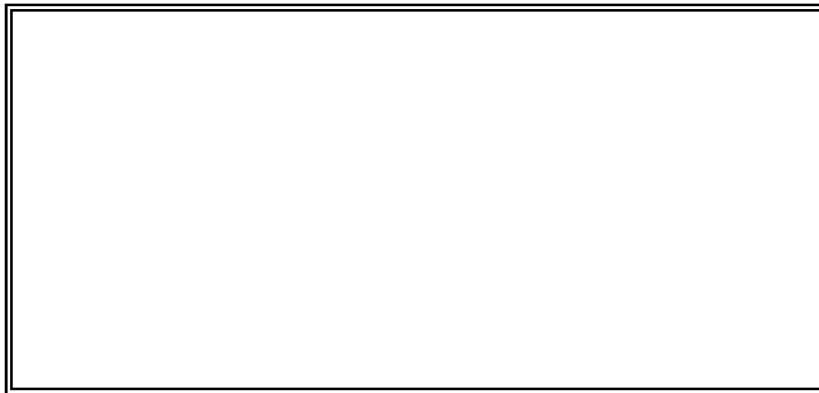
Esta parte esta proporcionado para víctimas que quisiera expresarse de una forma diferente.

Padres: Por favor no le diga a su hijo/a lo que tiene que escribir ni dibujar. Esto es la oportunidad de su hijo/a para decirle al juez cómo él/ella se siente acerca de lo que ha sucedido. Si su hijo/a llega a ser incómodo al completar la declaración de impacto de víctima, asegure a su hijo/a que no tiene que llenar esta forma a menos que él/ella quiera.

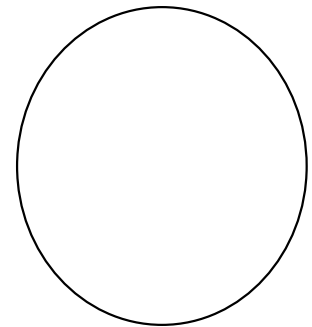
Mi nombre es: _____ . Yo tengo _____ años.

Por lo que sucedió, tengo problemas con: _____

Así es como me siento por lo que paso:



DEBUJE UN RETRATO O ESCRIBE UNA HISTORIA



DEBUJE UNA CARA

Yo quero que el juez cepa: _____

Esto es lo que quero que el juez haga: _____

Tengo las esperanzas que: _____

PARTE C: DECLARACIÓN DE IMPACTO PARA NIÑOS (continuado)

Padres: Si su hijo/a es demasiado joven o apenas esta aprendiendo a leer, usted puede ayudar su hijo/a llenar la declaración de impacto de víctima. Al ayudar a su hijo/a, está bien hablar acerca de qué son los sentimientos. Por ejemplo, los que están identificados aquí son feliz, triste, enojado y espantado. Por favor no le diga a su hijo/a lo que tiene que escribir ni dibujar. Esto es la oportunidad para su hijo/a de decirle al juez cómo él/ella se siente acerca de lo que ha sucedido. Si su hijo/a llega a ser incómodo en alguna manera al completar la declaración del impacto de víctima, asegure a su hijo/a que no tiene que llenar esta forma a menos que el/ella quiera

Mi nombre es: _____ Yo tengo _____ años.

Marque Uno: _____ Yo voy a la escuela y estoy en el _____ grado.

_____ Todavía no voy a la escuela.

Esto es como me siento por lo que me paso: (Colorea los que tú quieras.)



Feliz



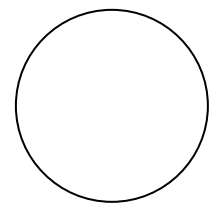
Triste



Enojado



Espantado



Otro

Yo quiero que el juez le diga a _____ que:

(Nombre del Acusado)

Valla a la cárcel.



Haga nada



Pagué dinero.



Valla a un doctor para recibir ayuda.



No se acerque a los niños.



¿Algo más? Ponga sus propias ideas o dibujos aquí. Si no queré escribir o dibujar aquí, esta bien también.

Gracia por escuchar me.

PARTE D: NOTIFICACIÓN DE APARENCIA

Como víctima, usted y su hijo/a tienen el derecho de asistir las audiencias del tribunal y si hay una convicción, la sentencia del acusado. Sus horarios serán considerados en la programación del juicio o la sentencia. Por favor indique la fecha que usted y su hijo/a no estarán disponibles dentro de los próximos meses. El juez puede preguntar por que no están disponibles.

Si usted recibe un citatorio o noticia de la sentencia y hay un conflicto con su horario, notifíquelo inmediatamente al Fiscal.

No estamos disponibles para el tribunal en estas fechas:

No estamos disponibles en esas fechas porque:

Firma de Padre/Guardia

Fecha

PARTE E: INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Esta información no se proporcionara al abogado defensor o al acusado. Es importante que usted mantenga nuestra oficina informada de cualquier cambio de domicilio y de teléfono. Una dirección actual nos permitirá mantenerlo informado del status del caso y, si restitución es ordenada y es pagada, permitirá que el tribunal le pueda pagar el dinero que se le corresponde.

A veces las fechas de las audiencias se cambian. Por favor verifique las fechas con el Fiscal o con su asistente de víctimas antes de asistir el tribunal.

1. INFORMACIÓN PERSONAL:

Nombre del Padre/Guardia: _____

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: Un familiar o amigo que no está viviendo con usted, que cepa comunicarse con usted.

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección de Correo: _____

Dirección de Física: _____

Correo Electrónico: _____

Tele. De Casa: _____ Tele. De Celular: _____ Tele. De Trabajo: _____

3. EMPLEADOR: Si usted tienen pérdidas debido a este delito, por favor proporcione la siguiente información del empleador donde usted estaba trabajando en ese tiempo.

Nombre del Negocio: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

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