

# SOLICITUD DE COMPENSACION PARA VICTIMAS DE CRIMEN

Estado de Illinois  
Tribunal de  
Reclamaciones



Estado de Illinois  
Procuraduría General

- **Quién llena la Solicitud?** La persona que fué víctima de un crimen violento debe de llenar esta solicitud. Si la víctima es menor de 18 años de edad o está bajo alguna incapacidad, el padre, la madre o el guardian legal de la víctima debe de llenar esta solicitud. Si la víctima falleció, un familiar de la víctima debe de llenar la solicitud. **La solicitud debe de ser firmada por la víctima o por el padre o madre de la víctima o por el guardian legal de la víctima si la víctima es menor de edad o si la víctima se encuentra bajo alguna incapacidad legal.**
- **Documentos.** Favor de enviar copias de todos los documentos que se relacionan con la solicitud (ejemplo, reporte de policía, orden de alejamiento, orden de no contacto civil, facturas de hospitales o doctores). Si no tiene todos los documentos, envíe lo que tenga en este momento junto con la solicitud completa. Obtenga copias de cualquier información adicional para que así, cuando le contactemos la tenga lista.
- **Reportes de Policía.** Para poder completar nuestra investigación, nuestra oficina obtendrá copia del reporte de policía referente al incidente. Si tiene el número de reporte de policía, favor de escribirlo en la sección de crimen. Si no tiene el número de reporte de policía, favor de contestar tanto como sea posible las preguntas sobre el crimen.
- **Proporcione por favor toda la información solicitada.** Conecte hojas adicionales si la aplicación no proporciona espacio suficiente. Envíe la solicitud completa por Correo a:  
Office of the Illinois Attorney General  
Crime Victims Compensation  
115 S. LaSalle St.  
Chicago, IL 60603
- **Cambio de Domicilio o Teléfono.** Después de haber enviado su solicitud, debe de informarnos si ha cambiado de domicilio o de teléfono; sin la información correcta, nuestra oficina tendrá que negar su solicitud para ayuda. Envíe una carta informándonos del cambio de información.
- **Si se determina que usted es elegible para el programa, le enviaremos formas adicionales.** Estas formas deberán de ser llenadas y enviadas a nuestra oficina dentro de 30 días de la fecha de envío de éstas formas antes de poder investigar si usted califica para el reembolso.
- **Si necesita asistencia al completar esta solicitud,** o si necesita servicios de referencia, favor de llamar a la línea de asistencia gratuita al (800) 228-3368. Las personas con discapacidades auditivas o del habla pueden comunicarse con nosotros utilizando el servicio de retransmisión 7-1-1.

## **Sección I. Información de Víctima y Solicitante**

- Si usted fue una víctima de crimen violento, y ha cumplido 18 años de edad, favor de llenar sólo la información de víctima. Al mismo tiempo, usted será el solicitante, de manera que no tiene que repetir la información en la porción de contacto del solicitante en la parte B. El solicitante es alguien que solicita compensación debido al crimen violento.
- Si usted está solicitando asistencia para una víctima (ejemplo, si es el padre de una víctima que es menor de edad o familiar de una víctima que ha fallecido) favor de proveer información sobre la víctima en la parte A y llenar la parte B con su información personal. El solicitante que llena la parte B debe de firmar la solicitud.
- Esta información es necesaria para que nuestra oficina lo localice en caso de preguntas y también para mandar documentos por correo. Si la información de contacto no es la correcta, no podrá recibir pago.
- El número de seguro social es requerido pero no es necesario.
- Un mediador trabaja con las víctimas de crimen y provee asistencia y referencia a víctimas. Usted no necesita representación legal para solicitar esta compensación. Sin embargo, si desea que su abogado o mediador lo represente, favor de listar la información aquí.
- Si requiere que nosotros discutamos la solicitud con otra persona, favor de proveer el nombre de la persona aquí. Si el analista trabajando con su solicitud no pudiera encontrarle, es posible que su solicitud no sea pagada. Nos ayuda tener otra manera de encontrarle para evitar este resultado.

## **Sección II. Información Referente al Crimen y Corte**

- Esta sección reúne la información sobre el crimen y cualquier información sobre los procedimientos que la corte ha tomado como resultado del incidente. No todas las secciones aplicarán a su situación; proporcione toda la información posible.
- Indique el número de reporte policíaco, si lo sabe.

## **Sección III. Solicitud de Datos**

- Esta sección reúne la información sobre los daños que pueden ser compensables como resultado del incidente. Los daños compensables son aquellos que están cubiertos bajo el Programa de Compensación para Víctimas de Crimen.
- Si tiene alguna pregunta, o si desea tener más información sobre que tipo de gastos son compensables, favor de llamar al (800) 228-3368 (7-1-1 servicio de relevo).

## **Sección IV. Información Médica y Beneficios**

- Complete esta sección si está solicitando gastos médicos, dental o de consejeros psicológicos. No llene esta sección si no está solicitando reembolso para estos gastos.
- Si usted es un padre solicitando gastos de consejeros psicológicos que fueron incurridos como resultado del incidente cometido a la víctima que es menor de edad, tendrá que llenar una solicitud separada identificándose usted como la víctima.
- Los gastos de consejeros psicológicos sólo podrán ser pagados si la consejería es proveída por uno de los siguientes profesionales: licenciado en psicología clínica, licenciado en trabajo social clínico, licenciado en consejería profesional clínica, licenciado en consejería profesional o un médico de la ciencia cristiana.

## **Sección V. Información Referente al Empleo**

- Complete esta sección si está solicitando pérdida de salario debido al incidente. Este reembolso se otorga si hay un período de tiempo en el cual no pudo trabajar debido a la recuperación del incidente y/o por asistir a los días de la corte criminal.

- Si usted es un padre solicitando pérdida de salario debido al incidente y fue necesario estar con la víctima que es menor de edad, favor de llenar una solicitud separada indicando que usted es la víctima.

## **Sección VI. Información Referente a los gastos de Funeral/Entierro y Beneficios de Muerte**

- Llene esta sección si esta solicitando en nombre de la víctima fallecida.  
**Para Asistencia, llame al (800) 228-3368 (7-1-1 servicio de relevo).**
- Pérdida de soporte financiero se otorga cuando una víctima de crimen percibía salario pero debido a su fallecimiento no podrá proveer sostén financiero para cumplir con las obligaciones legales que provee el soporte monetario.
- Se requiere información sobre los dependientes de la fallecida víctima antes de hacer cualquier recomendación. Indique los nombres y teléfonos de los dependientes de la víctima.

## **Sección VII. Certificación y Autorización**

- El Reconocimiento de que el solicitante otorga su derecho de recibir indemnización pagada por una tercera persona indica que usted ha leído, entiende esta sección, y está de acuerdo en otorgar su derecho de recobrar indemnización si recibe restitución de parte de la persona culpable del crimen o de alguna demanda civil. Esto significa que si usted, o cualquier proveedor recibe dinero de parte del Programa de Compensación para Víctimas de Crimen, usted esta de acuerdo que si ustedee recobra dinero de terceras personas o por parte de una demanda civil, usted debera de reembolsar el dinero que pagó el Programa de Comensación para Víctimas de Crimen.
- La Divulgación de información autoriza a la Oficina de la Procuradoría General de Illinois con seguir información médica, financiera y de otro tipo que sea necesaria para procesar su solicitud. The Oficina de la Procuradoría General pedirá sólomente la información necesaria para investigar su solicitud.
- Lea la Certificación de la Solicitud, la cual certifica que la información proveída en ella es correcta y veraz, con conocimiento de que si esta información no es correcta, puede haber castigo por perjurio. Debe asegurarse que ha contestado todas las preguntas correctamente antes de firmar la solicitud.
- La solicitud tiene una sección para incluir la información de un abogado. Sin embargo, no es necesario tener un abogado para solicitar compensación para este programa.

# CRIME VICTIMS COMPENSATION APPLICATION

STATE OF ILLINOIS  
COURT OF CLAIMS



STATE OF ILLINOIS  
ATTORNEY GENERAL

**COMPLETE ALL SECTIONS TO THE BEST OF YOUR ABILITY.**

**SEE INSTRUCTIONS FOR INFORMATION ON FILLING OUT THE APPLICATION.**

If you need help, call the Attorney General's Office at 1-800-228-3368 (7-1-1 relay service).

## SECTION I. VICTIM & CLAIMANT INFORMATION

Office Use Only

### A. VICTIM INFORMATION

Victim's Name: \_\_\_\_\_  
Last First

Date of Birth: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Male  Female

Street Address: \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

E-mail Address: \_\_\_\_\_

Home Phone: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Cell Phone: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Work Phone: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Other Phone: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Social Security No.: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Marital Status: Single  Married  Divorced  Widow(er)  Civil Union Partner

The following information is used for statistical purposes only according to federal regulations. Providing this information is voluntary and will not affect your application. Victim's Ethnic Group:  Black (not Hispanic)

American Indian or Alaskan Native  White (not Hispanic)  Hispanic (any Spanish culture)  Asian or Pacific Islander (including Indian subcontinent)  Other. Country of Birth \_\_\_\_\_

Do you have a disability?  Yes  No, If yes, nature of disability  physical  mental  developmental.

How did you learn about Crime Victims Compensation? \_\_\_\_\_

### B. CLAIMANT INFORMATION

Complete only if you are parent/legal guardian of a victim under the age of 18 or survivor of a deceased victim. Male

Claimant's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Female   
Last First

Street Address: \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_

State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_ E-mail Address: \_\_\_\_\_

Home Phone: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Cell Phone: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Work Phone: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Social Security No.: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Marital Status: Single  Married  Divorced  Widow(er)  Civil Union Partner

Relationship to victim: \_\_\_\_\_

### C. CONTACT INFORMATION

- Is English your preferred language? Yes  No

If no, language you are most comfortable speaking: \_\_\_\_\_

- Are you working with an advocate? Yes  No  If yes, please provide the following:

Name: \_\_\_\_\_ Telephone: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Organization: \_\_\_\_\_ E-mail Address: \_\_\_\_\_

- Is there another person you would prefer us to contact to discuss your claim? Yes  No

Name: \_\_\_\_\_ Telephone: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Relationship to you: \_\_\_\_\_

## SECTION II. CRIME AND COURT INFORMATION

### A. CRIME INFORMATION

Police Report # \_\_\_\_\_

Date of Crime: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Date Crime Reported: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Street Address where crime occurred: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ County: \_\_\_\_\_

Name of Agency/Police Department crime reported to: \_\_\_\_\_

Briefly Describe crime: \_\_\_\_\_

Briefly Describe injuries: \_\_\_\_\_

- Do you know the identity of the offender(s)? Yes  No

If yes, offender(s) name(s): \_\_\_\_\_

Relationship, if any, between victim and offender(s): \_\_\_\_\_

- Was the offender(s) arrested? Yes  No  Unknown
- Was a sexual assault evidence collection kit performed at a hospital? Yes  No
- Was the victim on probation or parole for a felony at the time of the crime? Yes  No

### B. CRIMINAL COURT INFORMATION (If known, please complete)

- Has an offender been charged in court? Yes  No  Unknown

If yes, what is the charge? \_\_\_\_\_ Criminal Case # \_\_\_\_\_ County: \_\_\_\_\_

Assistant State's Attorney Name: \_\_\_\_\_ Telephone: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

- Have you attended court for this case? Yes  No
- Were you required to testify for this case? Yes  No  If yes, on what date? \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_
- What was the outcome of the criminal case? \_\_\_\_\_
- Has restitution been ordered against an offender?: Yes  No  If yes, how much? \$ \_\_\_\_\_

### C. ORDER OF PROTECTION INFORMATION

- Did you obtain a Plenary Order of Protection or Civil No-Contact Order? Yes  No

If yes, please attach a copy of the order and enter the number: OOP# \_\_\_\_\_ CNCO# \_\_\_\_\_

### D. CIVIL CASE INFORMATION

- Has a civil lawsuit been filed against anyone in relation to this incident? Yes  No

If yes, please provide Civil Case # \_\_\_\_\_ County: \_\_\_\_\_

Name of lawyer handling your civil suit: \_\_\_\_\_ ARDC No.: \_\_\_\_\_

Telephone: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ E-mail Address: \_\_\_\_\_

## SECTION III. LOSSES CLAIMED

- Did the victim experience a financial loss of tuition because of the crime? ..... Yes  No
- Was it necessary to purchase a wheelchair or other equipment to make the home accessible for the victim for an injury that happened during the crime? ..... Yes  No
- Have you had to replace (or purchase) eyeglasses, hearing aids or prosthetic devices because of the crime? ..... Yes  No
- Was it necessary to leave your home because of the crime? ..... Yes  No 
  - If yes, were you able to return to your home? ..... Yes  No
  - If no, did you relocate to a new home? ..... Yes  No
- Did the police take clothing or bedding as evidence that you had to replace? ..... Yes  No
- Was it necessary to replace locks and/or windows because of the crime? ..... Yes  No
- Was it necessary to hire personnel to do crime scene clean-up? ..... Yes  No
- Was it necessary to hire other people to perform tasks that the victim is now unable to perform because of the crime? ..... Yes  No

## SECTION IV. MEDICAL INFORMATION & BENEFITS

- Does the victim have medical or dental costs because of the crime? Yes  No
- Does the victim have counseling costs because of the crime? Yes  No
- Do you expect more medical, dental or counseling costs because of the crime? Yes  No

List the names and phone numbers of all doctors, hospitals, counselors or other medical service providers who treated the victim for injuries because of the crime. Please attach copies of any bills that you currently have. If you receive bills at a later date, please send them at that time.

Medical Provider	City	Provider Phone No.	Date(s) of Services	Amount of Bill
		(   )		
		(   )		
		(   )		
		(   )		
		(   )		

- Do you have any type of medical insurance coverage? Yes  No   
If yes, please check each type of coverage that is available to cover the above charges.  
**Note:** Compensation is available only after all other medical benefits have been exhausted.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medical Card (Public Aid or AFDC)<br><input type="checkbox"/> Medicare or Medical Assistance<br><input type="checkbox"/> Private, Group, Employer or Union Health Insurance<br><input type="checkbox"/> Workers Compensation<br><input type="checkbox"/> Veteran's Administration, Champus<br><input type="checkbox"/> SSI or SSDI<br><input type="checkbox"/> Proceeds of Personal Injury or Other Litigation<br><input type="checkbox"/> Hospital uninsured discount or other financial assistance program | Card Number: _____<br>Provider's Name: _____<br>Provider's Name: _____<br>Provider's Name: _____<br>Provider's Name: _____<br>Case Number: _____ |
|---|--|

## SECTION V. EMPLOYMENT INFORMATION

- Are you applying for any wages you lost because of the crime?.....Yes  No   
If yes, please answer the following questions and fill in the chart below.
  - o Were you employed at the time of the crime?.....Yes  No
  - o Did you receive disability benefits or sick pay for time missed from work after the crime?.....Yes  No
  - o Since the crime, have you returned to work?.....Yes  No   
If yes, date you returned to work:    \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Please list all employment during the six (6) months before the crime:

Name of Employer	Employer's Address	Employer's Phone No.	Victim's Net Monthly Wages (Take Home Pay)
		(   )	
		(   )	
		(   )	

## SECTION VI. FUNERAL/BURIAL INFORMATION & DEATH BENEFITS

### A. FUNERAL AND BURIAL

- Are you requesting funeral and/or burial costs? Yes  No   
If yes, in what amount? \$ \_\_\_\_\_
  
- Have these costs already been paid? Yes  No   
If yes, in what amount? \$ \_\_\_\_\_

Name of Person(s) Who Paid	Phone No. of Person Who Paid	Relationship Between Victim and Person Who Paid	Amount Paid
	(   )		
	(   )		
	(   )		

- Name of Funeral Home: \_\_\_\_\_ Telephone: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
- Funeral Home City: \_\_\_\_\_
- Name of Cemetary: \_\_\_\_\_ Telephone: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### B. INSURANCE

- Did the victim have a life insurance policy? Yes  No   
If yes, provide details about the life insurance coverage:

Name of Insurance Company	Name of Beneficiary	Beneficiary's Phone No.	Amount Paid
		(   )	
		(   )	

### C. LOSS OF SUPPORT TO DEPENDENTS

- Was the victim employed during the six (6) months before the crime? Yes  No
- If yes, are you claiming loss of support? Yes  No   
If yes, fill out the rest of this section.
  
- At the time of death, did the deceased victim contribute financial support to:
  - o A spouse? Yes  No  Amount per month? \$ \_\_\_\_\_
  - o Any dependents? Yes  No  Amount per month? \$ \_\_\_\_\_

Please list all minor (18 years or under) dependents and any other dependents of the victim:

Name of Dependent	Relationship to Victim	Date of Birth	Name/Phone Number of Legal Guardian

## SECTION VII. CERTIFICATION AND AUTHORIZATION

**Acknowledgement of Subrogation:** As required by the subrogation provision of the Illinois Crime Victims Compensation Act, 740 ILCS 45/17, I will contact and repay the Crime Victims Compensation Program if I receive any payments from the offender, a civil lawsuit, an insurance policy, or any other government or private agency to cover expenses for which I receive payment from the Compensation Program. I understand that I will be responsible for repaying the Compensation Program any amount for which it is later determined that I was not eligible.

**Release of Information:** I hereby authorize any hospital, physician, health care provider, mental health provider, funeral director, or other person who rendered related services; any employer of the victim or claimant; any law enforcement or governmental agency; any insurance company; or any other individual company, agency or organization having relevant knowledge, to furnish any and all information in their possession with respect to the incident that is the basis for this claim to the Crime Victims Compensation Bureau of the Illinois Attorney General's Office. This information is to be used in any way necessary related to my claim for an award of compensation from the Illinois Crime Victims Compensation Program.

I understand that medical records may contain information regarding care of psychiatric/psychological conditions, drug or alcohol abuse, HIV test results, AIDS, and AIDS-related conditions.

I understand that at any time I may revoke this authorization from the Illinois Attorney General's Office, except to the extent that action has been taken in reliance on this authorization. This authorization will expire in 3 years from the date the victim/claimant signed or when this claim is resolved.

This authorization complies with the requirements of 45 C.F.R. § 164.508, the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) and the HIPAA Privacy Rule. A photocopy or facsimile copy of this authorization shall have the same effect as the original.

**Certification of Application:** I hereby certify, subject to the penalties of perjury, that all of the information that I have provided in this application is true, accurate, and complete to the best of my knowledge. I understand that if I willfully provide any information that is false, incomplete, or misleading, I may be denied benefits and/or I may be prosecuted for crimes punishable by imprisonment, a fine, or both.

\_\_\_\_\_  
**Applicant's Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date Signed**

If the applicant is represented by counsel for this crime victims compensation claim, please provide the following:

Name of Lawyer: \_\_\_\_\_ ARDC No: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code : \_\_\_\_\_

Telephone: ( \_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ E-mail Address: \_\_\_\_\_

**740 ILCS 45/12 prohibits the charging of fees for presenting this form to the Court of Claims.**

Please return completed application  
and all subsequent information to:

**Office of the Illinois Attorney General  
Crime Victims Services Bureau  
115 South LaSalle Street  
Chicago, IL 60603**