



Application for Crime Victim Compensation

Solicitud de compensación para víctimas de crímenes

Date Received
for program use

Mass Violence Incident

Incident Location:

Incident Date:

Complete sections 1-4 to the best of your ability / Complete por favor las secciones 1-4 a su mejor leal saber y entender:

Section 1 Personal Information / Información personal

Crime Victim Information / Información sobre la víctima:

(Person who was injured / Persona que sufrió lesiones)

First Name / Primer nombre:	Middle / Inicial:	Last / Apellido:	Gender / Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Arizona Resident / Residente de Arizona <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No	
Mailing Address / Dirección Postal:		Apt / Unidad:	City / Ciudad:	State / Estado:	Zip / Código Postal:
Telephone / Teléfono:		E-Mail / Correo electrónico:			
Date of Birth / Fecha de nacimiento: Month / Mes Day / Día Year / Año		If victim is deceased, date of death / Si la víctima falleció, fecha del deceso: Month / Mes Day / Día Year / Año			
The following voluntary information is used for statistical purposes only to comply with federal regulations: La siguiente información voluntaria se usa sólo para estadísticas y a cumplir con las normas federales:					
Is the victim disabled? / ¿La víctima está incapacitada? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No					
Was the victim disabled prior to the date of the crime? / ¿La víctima estaba incapacitada antes de la fecha del crimen? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No					
Ethnicity of VICTIM (Check all that apply) / Etnicidad de la víctima (Marque todas las respuestas):					
<input type="checkbox"/> American Indian / Alaska Native Indígena de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black / African American Afroamericana <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino Hispano					
<input type="checkbox"/> Native Hawaiian / Other Pacific Islander Islas de Pacifico, Asia <input type="checkbox"/> White Non-Latino / Caucasian Caucásica <input type="checkbox"/> Other Otro: _____					

Claimant Information / Información del reclamante:

(Fill in this section if you are not the victim, but have suffered an economic loss as a result of the crime / Llene esta sección si usted no es la víctima pero ha sufrido una pérdida económica como consecuencia del crimen)

First Name / Primer nombre:	Middle / Inicial:	Last / Apellido:	Gender / Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Arizona Resident / Residente de Arizona <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No	
Mailing Address / Dirección Postal:		Apt / Unidad:	City / Ciudad:	State / Estado:	Zip / Código Postal:
Telephone / Teléfono:		E-Mail / Correo electrónico:			
Date of Birth / Fecha de nacimiento: Month / Mes Day / Día Year / Año		Your relationship to victim / Su relación con la víctima:			

Section 2 Crime Related Expenses / Gastos de Crimen

Check the **crime related** expenses/losses for which you are seeking compensation from the Crime Victim Compensation Program. / Marque los **gastos/pérdidas** por los cuales está buscando compensación por parte del Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes.

<input type="checkbox"/> Medical or dental expenses Gastos médicos o dentales	<input type="checkbox"/> Lost income, if you missed work because of the crime Pérdida de ingresos, si faltó al trabajo debido al crimen
<input type="checkbox"/> Mental health treatment or counseling Asesoramiento o tratamiento para la salud mental	<input type="checkbox"/> Loss of support, for dependents of a deceased or disabled victim Ayuda para dependientes de una víctima fallecida o incapacitada
<input type="checkbox"/> Funeral and/or burial expenses Gastos de funeral y/o entierro	<input type="checkbox"/> Crime scene clean-up (residential homicide, aggravated assault, and sexual assault only) Limpieza del lugar del crimen (solo para homicidios residenciales)
<input type="checkbox"/> Check this box if you are requesting reimbursement for travel expenses to and from medical treatment, mental health treatment, court proceedings, forensic examinations or interviews, and re-locating due to a safety threat. If this box is checked, please attach a detailed log of travel expenses including travel dates, mileage and any fares or fees paid. <i>Gas, food, or lodging expenses may not be included.</i> Marque esta caja si usted está solicitando reembolso de gastos de viaje. Gastos permitidos incluyen viaje al tratamiento médico, tratamiento de salud mental, procedimientos judiciales, exámenes o entrevistas forenses y reubicación debido a una amenaza de seguridad. Si se marca esta caja, por favor adjunte un registro detallado de los gastos de viaje incluyendo las fechas de viaje, millaje y cualquier otra tarifa o pagadas. <i>Los gastos de gasolina, comida o alojamiento no se pueden incluir.</i>	

Section 3 Insurance Information / Información para Reembolso (Recuperación)

Compensation benefits are only available to cover expenses not covered by another source, like insurance.

Do you have insurance? Yes / Sí No

If yes, what types of insurance do you have? Health / Salud AHCCCS Medicare Life / Vida Worker's Compensation / Compensacion

laboral Indian Health Services / Servicios de salud para indígenas Veteran's Benefits / Beneficios para veteranos Auto / Ninguno

Other / Otro:

Please sign and date section 4 and mail to:

Mohave County Attorney Crime Victim
Compensation Program
PO Box 7000
Kingman, AZ 86402-7000
victimwitness@mohave.gov
Fax (928) 718-4966

For more information or to find your county program, call / Para más información, o para determinar cual es el programa de su condado llame a:

Arizona Criminal Justice Commission
1-877-668-2252
www.azcjc.gov

Section 4 Certification and Signature /

I certify that I have read this application and have provided information that is true and correct to the best of my knowledge. I understand that the law provides for penalties for false statements. I will repay the Commission should I receive moneys from civil lawsuits, restitution, or insurance payments.

Date / Fecha: _____ Print Name / Nombre en letra imprenta: _____ Signature / Firma: _____

If this Authorization is signed by someone other than the Claimant/Applicant, please state your authority to sign on behalf of the Claimant/Applicant:
Si esta autorización es firmada por otra persona que no sea el Reclamante/Solicitante, favor especificar su autoridad para firmar en nombre del Reclamante/Solicitante: