Programa de Asistencia para Víctimas/Testigos del Condado de Adams
Servicios de Apoyo a Víctimas de Crímenes

DECLARACIÓN DE IMPACTO EN LA VÍCTIMA

Acusado(a):_____ **Número de Caso:**_____

Nombre de la víctima:_____ **Fecha:**_____

Como víctima de un delito, tiene derecho a presentar una **Declaración de Impacto en la Víctima (DIV)** para describir cómo este delito lo ha afectado a usted y a sus seres queridos. Esta es una declaración voluntaria y no tiene la obligación de completar este formulario. Esta declaración *no* es confidencial y se le puede dar al abogado defensor. Por lo tanto, el acusado puede verlo también.

1. La **DIV** no es un recuento del incidente, sino una descripción de cómo su vida y la vida de sus seres queridos han cambiado a causa de este crimen. Incluya cambios emocionales, lesiones físicas, cambios en el estilo de vida y/o cargas financieras que haya soportado. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

2. ¿Cuál de estos resultados refleja de cerca sus creencias sobre un castigo apropiado? Tenga en cuenta que Pensilvania sigue las pautas de sentencia. Marque todo lo que aplique:

____ Supervisión de libertad condicional
____ Tiempo en la cárcel/prisión
____ Condiciones Especiales (Circule todo lo que aplique):

Tratamiento de Drogas/Alcohol	Tratamiento Psicológico
Consejería para el Manejo de la Ira	Programa de Violencia Doméstica
Sin contacto con la(s) víctima(s)	Clases de Crianza

3. Si el acusado es elegible para el **Programa de Disposición de Rehabilitación Acelerada (ARD)** y completa con éxito el programa, los cargos del acusado serán borrados (eliminados de los registros penales públicos). Los requisitos de este programa incluyen: costos judiciales, restitución pagada en su totalidad, clases de prevención del delito, servicio comunitario, asesoramiento recomendado y un período de libertad condicional. La decisión de aceptar o negar la inscripción en el programa ARD queda a discreción del Fiscal de Distrito. Sin embargo, su posición y aporte son muy considerados. _____ Aprobar _____ Objetar

DEVOLVER A: Programa de Asistencia para Víctimas/Testigos, 117 Baltimore Street, habitación 302 Gettysburg, PA 17325
Teléfono: 717-337-9844 | Fax: 717-334-3859

Programa de Asistencia para Víctimas/Testigos del Condado de Adams

Servicios de Apoyo a Víctimas de Crímenes

FORMULARIO DE RESTITUCIÓN

Acusado(a): _____Número de Caso: _____

Nombre de la victima:_____ Número telefónico:_____

Como víctima de un delito, tiene derecho a presentar una solicitud de restitución por cualquier pérdida financiera directa como resultado de este delito. Esta declaración *no* es confidencial y puede entregarse al abogado defensor. Por lo tanto, el acusado puede verlo también.

1. <u>LESIONES FÍSICAS Y/O CONSEJERÍA (médico, consejería, prescripción médica, etc.)</u>

¿Se completó su tratamiento? _____Sí _____No ¿Ha recibido todas las facturas?_____Sí _____No

Enumere todas y cada una de las pérdidas médicas y/o de consejería de su bolsillo Adjunte todas las facturas y/o recibos. *Use páginas adicionales si es necesario.*

Fecha de servicio	***Proveedor (médico, hospital, consejero, prescripción médica, copago)***	***Cantidad***
_____	_____	$_____
_____	_____	$_____
_____	_____	$_____
_____	_____	$_____

Tipo de aseguranza: ___Ninguno ___Auto ___Médico ___Beneficio laboral ___Otro **Total pagado $_____**

Total amount of personal out of pocket loss $_____

2. <u>PROPIEDAD</u> (Dañada, perdida o robada)

Enumere el artículo, su valor y verifique si el seguro cubrió alguna pérdida. Adjunte todas las facturas, estimaciones, recibos y/o comprobantes de valor. *Use páginas adicionales si es necesario.*

Articulo	***Valor***	***Aseguranza***
_____	$_____	_____
_____	$_____	_____
_____	$_____	_____
_____	$_____	_____

Cantidad total de pérdida de bolsillo $_____

Tipo de aseguranza: ___Ninguno ___Auto ___Propietario ___Inquilino ___Acusado ___Otro

¿Pagó un deducible? _____No _____Sí Si es así, ¿cuánto? $_____

Cantidad total de pérdida de bolsillo (con deducible) $_____

3. <u>FINANCIERA</u> (falsificación, cheques sin fondos, mal uso de tarjetas de crédito/débito, etc.)

¿Se le reembolsó?___No ___Sí Si es así, ¿cuánto? $_____ **Cantidad total de pérdida de bolsillo $_____**

4. <u>Si NO se le debe ninguna RESTITUCIÓN</u>, por favor marque aquí_____ y devuélvenos el formulario

Firma de la Víctima:_____ Fecha:_____

<u>DEVOLVER A:</u> Programa de Asistencia para Víctimas/Testigos, 117 Baltimore Street, habitación 302 Gettysburg, PA 17325

Teléfono: 717-337-9844 | Fax: 717-334-3859