

**Oficina del Fiscal de Distrito  
Circuito Judicial de Clayton  
FORMULARIO DE RESTITUCIÓN DE IMPACTO DE VÍCTIMA**

**INFORMACIÓN DE CASOS:** (Esta sección fue completada por la Oficina de Asistencia a Testigos de Víctimas)

Nombre de la víctima	Nombre(s) del(los) demandado(s)	Número de caso y/o cargo(s)

**TENGA EN CUENTA:** Cuando lo ordena la corte, la restitución es pagada por el acusado(s).

Para que su pérdida pueda ser presentada adecuadamente a la corte, por favor complete este formulario y regrese a la oficina de Asistencia a Testigos de Víctimas dentro de los 30 días. Sea lo más específico posible al enumerar los daños que sufrió y / o los artículos que perdió. Debe adjuntar copias de facturas, recibos, estimaciones, estado de cuenta del empleador que verifique los días de trabajo perdidos y cualquier otro documento que ayude a la corte. Adjunte hojas adicionales, si es necesario. Si se necesita ayuda adicional, o si no ha recibido información sobre el Programa de Compensación para Víctimas de Delitos de Georgia, comuníquese con nuestra oficina al 770-477-3450.

**I. TIPO DE GASTO: PERSONAL**

<u>Columna A</u> Listar artículos de gastos personales	<u>Columna B</u> Cantidad de dólares en este momento	<u>Columna C</u> Si es elegible, cantidad solicitada a GA Crime Victims Indemnización	<u>Columna D</u> Importe solicitado de otros seguros
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$

**II. TIPO DE GASTO: RELACIONADO CON EL TRABAJO**

<u>Columna A</u> Número de días sin trabajo	<u>Columna B</u> Total perdido Salarios/Ingresos	<u>Columna C</u> Si es elegible, cantidad solicitada a GA Crime Victims Compensation	<u>Columna D</u> Importe solicitado de otros seguros
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$

**III. TIPO DE GASTO: PROPIEDAD**

<u>Columna A</u> Lista (Propiedad)	<u>Columna B</u> Valor de la pérdida en A esta hora	<u>Columna C</u> Si es elegible, cantidad solicitada a GA Crime Victims Compensation	<u>Columna D</u> Importe solicitado de otros seguros
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$

**IV. TIPO DE GASTO: OTROS**

<u>Columna A</u>	<u>Columna B</u>	<u>Columna C</u>	<u>Columna D</u>
	\$	\$	\$

**V. SOLICITUD TOTAL DE RESTITUCIÓN**

1. Gastos totales en este momento (agregue todos las cantidad en dólares enumerados en la columna B): \$ \_\_\_\_\_
2. Total solicitado a la Indemnización a las Víctimas (agregue las cantidades en dólares que figuran en la Columna C): \$ \_\_\_\_\_
3. Total solicitado a otros seguros (agregue las cantidad en dólares que figuran en la columna D): \$ \_\_\_\_\_

**TENGA EN CUENTA:** ALGUNOS CASOS SE RESUELVEN MUY RÁPIDAMENTE. POR LO TANTO, LA FALTA DE DEVOLUCIÓN DE ESTE FORMULARIO CON LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA EN EL PLAZO DE \_\_\_\_\_ DÍAS PUEDE DAR LUGAR A LA PÉRDIDA DE RESTITUCION.

\* ¡Notifique inmediatamente a la Oficina de Asistencia a Testigos de Víctimas de facturas / gastos adicionales recibidos después de que se presente este formulario!

Verifico que, a mi entender, toda la información proporcionada por mí en este formulario es verdadera y correcta.

Nombre del solicitante (Imprimir) \_\_\_\_\_

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\* Si lo completa alguien que no sea la víctima, por favor indique nuestra relación con la víctima: \_\_\_\_\_

# FORMULARIO DE RESTITUCIÓN DE IMPACTO DE VÍCTIMA (VIRF)

Instrucciones para completar el formulario

## I. TIPO DE GASTO: PERSONAL

(Columna A) - La lista de cosas puede incluir, pero no se limita a, los siguientes tipos de gastos: Asesoramiento (víctima, cónyuge y dependientes), médico / hospital (facturas, costo de reemplazo / reparación de anteojos, dentaduras postizas, silla de ruedas, prótesis, audífonos, etc.), costos de funeral / entierro (incluida la lápida), rehabilitación / terapia ocupacional, viajes (kilometraje, tarifa de taxi, tarifas de estacionamiento, etc.), Cuidado de niños, etc..

(Columna B) - Cantidad total en dólares gastados en este momento para los artículos enumerados.

(Columna C) - Si es elegible, la cantidad que solicitó al Programa de Compensación para Víctimas de Delitos de Georgia.

(Columna D) - Cantidad que solicitó a un seguro de terceros /otro, como seguro médico personal, seguro de discapacidad a corto y largo plazo, familiares / amigos en su nombre, etc.

## II. TIPO DE GASTO: RELACIONADO CON EL TRABAJO

(Columna A) - Incluya el número de días perdidos por el trabajo a tiempo completo y parcial debido a este delito. Esto puede incluir, pero no se limita a; trabajo perdido debido a audiencias judiciales, reunión con la Oficina de Asistencia a Testigos de Víctimas, Oficina del Fiscal de Distrito / Procurador, citas médicas / de asesoramiento, etc.

(Columna B) - Salarios perdidos totales basados en los ingresos.

(Columna C) - Si es elegible, la cantidad que solicitó al Programa de Compensación para Víctimas de Delitos de Georgia.

(Columna D) - Cantidad que usted requiere un seguro de terceros/de otro tipo, como un seguro médico personal, un seguro de invalidez a corto y largo plazo, miembros de la familia/amigos en su nombre, etc..

## III. TIPO DE GASTO: PROPIEDAD

(Columna A) - Ponga cualquier artículo robado, dañado o destruido (porejemplo, reparaciones y limpieza de la escena del crimen).

(Columna B) - Valor total estimado de la pérdida en este momento para el reemplazo, reparación o recuperación de la propiedad.

(Columna C) - Si es elegible, la cantidad que solicitó para la limpieza de la escena del crimen de víctima de Georgia Compensación Programa. Nota: este es el único tipo elegible de reembolso por costos de propiedad bajo el programa.

(Columna D) - Cantidad que solicitó a un seguro de terceros /otro, como seguro médico personal, seguro de discapacidad a corto y largo plazo, familiares / amigos en su nombre, etc.

## IV. TIPO DE GASTO: OTROS

Enumere cualquier otra pérdida que pueda ser aplicable, que no se incluye en otra parte de este formulario, como deducibles de seguros, copagos de seguros, etc.