Clayton County District Attorney's Office

**Declaraci6n de lmpacto de Victima de Crimen**

# Para ser completado por la victima o para la victima, por un miembro de la Familia o abogado.

Nombre del Acusado: Fecha del Crimen: Delito cometido:

Cargos:

Numero de Caso: Condado de Crimen:

La informacion dada puede ayudar al Fiscal, y al Juez, entender mejor como este crimen le ha afectado a usted y a su familia. Tenga en cuenta que este formulario puede ponerse a disposicion del Abogado del Acusado, para revision. Si solicita que su direccion y / o numero de telefono se mantengan confidenciales, haga una nota en este formulario y su informacion se mantendra confidencial en la medida que la ley lo permita.

Nombre de la Victima: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Fecha de Nacimiento

Otra persona que no sea la victima completando el formulario

Relacion a la victima (familiar o abogado)

Razon por la cual la victima no lleno este formulario

Dirección de la persona llenando el formulario

Número de telefono

1. Por favor explique como este delito le ha impactado a usted (o a su familia):
2. Fue fisicamente herido, debido a este crimen? Si [ ] No [ ]

En caso afirmativo, explique la lesion/herida, y detalles de grado de los efectos de esa herida. Conjuntamente, explique cuanto tiemp o duro o pueda durar, la lesion/herida:

1. Que tratamiento medico es necesario, para su lesion fisica? Cuanto duro (o puede durar) el tratamiento fisico?
2. Par favor, explique cualquier efecto emocional que ha sufrido, debido a este crimen. Como le ha afectado a usted (y a su familia)? (Puede incluir cambio de actitud o sentimientos, miedo, cambio en estilo de vida, problemas emocionales, etc.):
3. Si usted, o un miembro de su familia, recibieron o solicitaron consejeria o terapia, debido a el crimen, explique quien lo necesito y por cuanto tiempo:
4. Si este crimen ha afectado su capacidad de trabajar (hacer dinero), explique como, e incluya el numero de dias perdidos del trabajo.
5. Si este crimen afecto sus relaciones familiares de alguna manera, por favor explique:
6. Por favor comparta cualquier informacion adicional que usted quiera que sea tomada en consideracion por el Fiscal y/o el Juez:
7. Explique cualquier otro cambio en su bienestar personal, o otros problemas que usted o su familia hayan experimentado , debido a este crimen:

POR FAVOR, CONSULTE EL FORMULARIO DE RESTITUCION DE IMPACTO DE VICTIMA PARA DETALLAR CUALQUIER PERDIDA FINANCIERA ASOC IADA CON ESTE DELITO.

**Esta declaracion es firmada y afirmada como verdadera, bajo las penas del perjurio.**

Firma: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Fecha:\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

lmprimir Nombre: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

# Nota: Si el acusado es condenado a tiempo para servir en el sistema penitenciario estatal, puede solicitar que esta oficina mande una copia de este formulario a la Oficina de Servicios para Victimas de la Oficina de Servicios Penitenciarios de Georgia, para su revision.

**POR FAVOR ENVIE ESTE FORMULARIO POR CORREO A:**

Clayton County District Attorney's Office Victim Witness Assistance Program

9151 Tara Boulevard, 4th Floor

Jonesboro, **GA** 30236

\*\*Por favor incluir paginas adicionales si es necesario en caso de necesitar mas espacio para responder a cualquier pregunta anterior.