

SOLICITUD DE RESTITUCIÓN

VÍCTIMA: _____

DEMANDADO(S): _____

DA#: _____

CASO#: _____

DDA: _____

UNIT: _____

SIRVASE MARCAR POR LO MENOS UNA CASILLA:

- No estoy reclamando restitución.
- Mi compañía de seguros cubrió la pérdida completamente, excepto que tuve que pagar el deducible de mi aseguranza que es \$ _____. **Favor de completar la sección 1 de abajo**
- Tengo pérdidas que **no** fueron cubiertas o fueron **parcialmente** cubiertas por la compañía de seguros. La cantidad total de mis gastos (incluyendo algún deducible de la compañía de seguros pagados) es \$ _____ como se detalla en la parte de abajo. **Favor de completar la sección 1, 2 y 3 de la parte de abajo según aplique**

¿Espera usted algún otro gasto adicional en el futuro? NO SI

Favor de incluir la explicación / estimado de los gastos futuros

*****Si está solicitando CUALQUIER restitución en este caso, usted debe presentar documentos de apoyo, tales como cuentas médicas, deducibles de seguros, recibos, estimados de reparación, etc. *****

1. ASEGURANZA

Favor de listar cada una de las compañías de seguros que usted sabe están envueltos en este caso. Bajo el término "su costo" por favor liste alguna aseguranza relacionada con los gastos que usted haya tenido que pagar (un deducible o pago parcial). Usted tendrá la oportunidad de detallar pérdidas no cubiertas a continuación.

Información de Compañía de Seguros

Nombre de la compañía de seguros: _____

Reclamo #: _____

Nombre del ajustador o agente: _____

Teléfono #: _____

Esta es: Mi aseguranza Aseguranza del acusado

<i>Monto a pagar por aseguranza</i>	<i>Su costo</i>

2. PÉRDIDAS DE PROPIEDAD

Si necesita mas espacio, adjunte páginas adicionales. Favor de anexar copias de documentación pertinente.

Artículo / Breve descripción del daño

<i>Artículo / Breve descripción del daño</i>	<i>Tipo de gasto</i>	<i>Su costo</i>
	<input type="checkbox"/> Costo estimado	
	<input type="checkbox"/> Costo real de reparación	
	<input type="checkbox"/> Costo estimado	
	<input type="checkbox"/> Costo real de reparación	

3. FACTURAS MÉDICAS

Si necesita mas espacio, adjunte páginas adicionales. Favor de anexar copias de documentación pertinente.

Fecha de tratamiento(s) Hospital/Médico & Breve descripción de gastos

<i>Fecha de tratamiento(s) Hospital/Médico & Breve descripción de gastos</i>	<i>Su costo</i>

Relacionado a las lesiones físicas que resultaron de este incidente NO pude trabajar y perdí salario de horas de trabajo que NO fueron cubiertas con tiempo de enfermedad o compensación de trabajadores. Favor añada el monto a su derecha y anexe documentación.

En la medida de mi conocimiento, los hechos antes mencionados son verdaderos y correctos.

Fecha

Firma

Escriba su Nombre

*De acuerdo con ORS 137.106(6)(a), el Estado revela y da aviso a la defensa que todas las personas mencionadas en este documento o en cualquier anexo pueden ser llamadas por el Estado durante la presentación de evidencia en una audiencia de Sentencia o de Restitución.



Mike Schmidt, Fiscal de Distrito
Programa de Asistencia a Víctimas
1021 SW Fourth Avenue, Room 804
Portland, OR 97204-1193
Teléfono: 503-988-3222
www.mcda.us

DATE: _____

INFORMACIÓN DE RESTITUCIÓN

Estado de Oregon vs. _____ DA#: _____ C#: _____

Nuestros registros indican que usted es una víctima en este caso. Para poder buscar restitución (pérdidas económicas causadas por un crimen) a su nombre, **debemos** tener documentación de sus pérdidas, **con los documentos de apoyo adjuntos**. Favor de llenar este formulario completamente y regresarlo con cualquier factura, recibo, información de deducibles de seguro o estimados de reparación. Recuerde mantener copias de todos los documentos presentados para sus archivos.

Si usted no está solicitando restitución, marque la casilla "No estoy pidiendo restitución" en el reverso de esta página, firme e incluya la fecha en el formulario y regrese el documento a nuestra oficina.

No presentar una reclamación de restitución no invalida su derecho a demandar y a recuperar daños de parte del demandado(s) en una acción civil o para presentar una solicitud para Compensación a Víctimas de Delitos.

SÍRVASE COMPLETAR Y REGRESAR ESTE FORMULARIO DENTRO DE LOS 14 DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA IMPRESA EN LA PARTE SUPERIOR DEL MISMO, PARA QUE PODAMOS SOMETER LA INFORMACIÓN A TIEMPO PARA LA SENTENCIA.

****SÍRVASE VER EL DORSO PARA MÁS INFORMACIÓN****

Para asegurar que tenemos la información de contacto correcta, sírvase brindar su(s) número(s) de teléfono:
Hogar _____
Trabajo _____
Celular _____

Respetuosamente,

MIKE SCHMIDT
Fiscal de Distrito
Condado de Multnomah, Oregon