

**Examen de Asalto Sexual Programa
Forma de Reembolso
Compensación de Víctimas de Crimen**

INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA

Nombre *Víctima#: aa Seguro Social: aaaa-aaa-aaaa
*****Eqdigo

Domicilio *Víctima#: aaa Ciudad:"aaaaaaaaa" Estado:"aaaaa Postal: aaaaaa

Fecha de Nacimiento: aaaaaaaaaaaaaa "*****" Sexo: Hombre Mujer Numero de Teléfono: *aaa+aaaaaaaaa

Legal Guardian (si victima es menor de edad):aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa Relacion:aaaaaaaaaaaaa

Domicilio (si es diferente de victima): aa

¿Usted tiene seguro? Si No

Compañía de Seguros:"aaa Numero de Póliza:"aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa

Tipo de Crimen: **Asalto Sexual de Adulto** **Adulto Violación** **Abuso Sexual de Menor**

Fecha de Crimen:"aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa ""El lugar de Crimen (Ciudad/Estado):"aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa

¿Se presento un reporte de la policía para la víctima? Si No

Agencia del Orden Publico: aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa Numero del reporte:"aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa

Yo autorizo a la compañía detallada abajo para facturar a mi seguro privado o cualquier otra fuente de beneficio a mi disposición para el examen. Igualmente, autorizo a mis datos de facturación los registros médicos relacionados con el examen a ser entregado al programa de Compensación las Víctimas del Crimen para pago y para la oficina del fiscal para asegurar restitución.

aaa "aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa

Firma de la Victim (Padre guardian debe firmar si la victim "*****"Fecha
es menor de edad)

INFORMACIÓN DE PROVEEDOR DE MÉDICO

Reporte anónimo: Si No

Nombre de proveedor medico: aa Fecha de servicio: aaaaaaaaaaaaaa

Domicilio de proveedor medico: aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa Ciudad: aaaaaaaaaaaaaa Estado: aaaaaa Postal: aaaaaa

Persona de Contacto: aa Numero de Teléfono: (aaa+aaaaaaaaaaaaa

Una copia de la facturación detallada, la explicación de seguros de beneficios (EOB), registros médicos, y la forma de reembolso, debe presentarse dentro de un año de examen. Todas las fuentes de pago a disposición a la victim deben pagar antes que el programa haga pago en nombre de la victim. Presentar a:

**Crime Victims Compensation Program
P. O. Box 83720
Boise, Idaho 83720-0041
(208) 334-6080 or (800) 950-2110**

Visit us on our website: <http://www.crimevictimcomp.idaho.gov/>