

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

INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA

Nombre de la Víctima: _____ Numero del Seguro Social: _____ - _____ - _____
Domicilio de la Víctima: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Hombre Mujer Numero de Teléfono: () _____

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

Domicilio (si es diferente de victima): _____

¿Usted tiene seguro? Si No

Compañía de Seguros:: _____ Numero de Póliza:: _____

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

Fecha de Crimen: _____ El lugar de Crimen (Ciudad/Estado): _____

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

Agencia del Orden Publico: _____ Numero del reporte: _____

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.

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: _____ Fecha de servicio: _____

Domicilio de proveedor medico: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Persona de Contacto: _____ Numero de Teléfono: () _____

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**