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 Nacimento: _____ Numero de Teléfono: ( ) _____

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

Domicilio(si esdiferente de victima): _____

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

¿Usted tiene seguro? ☐ Sí ☐No Compañía de Seguros: _____ Numero de Pólizao: _____

Si sí, por favor proveer lo sigiente información.

Yo autorizo a la compañía detallada abajo para facturar a mi seguro privado o cualquier otra fuente de beneficio a me disposición para el examen. Igualmente, autorizo a mis datos de facturación los registros mèdicos 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 Víctim (Padre guardian debe firmar si la victima es menor de edad) Fecha

AGENCIA DEL ORDEN PUBLICO (SI APLICABLE)

Agencia del Orden Publico: _____ Numero del reporte: _____

Nombre de oficial investigador: _____ Numero de telèfono: ( ) _____

Tipo de crimen: ☐ Asalto Sexual de Adulto ☐ Adulto Violación ☐ Abuso Sexual de Menor

INFORMACIÓN DE PROVEEDOR DE MÈDICO

Nombre de proveedor mèdico: _____ Fecha de servicio: _____

Domicilo de proveedor medico: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

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

Una copia de la facturación detallada, la explicación de seguros de beneficios (EOB), registros mèdicos, 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

Revised 05/07/2010

Compensación de Victimas de Crimen

Programa de Examen de Asalto Sexual

Forma de Reembolso

Instrucciones

Por Favor de referir a las siguientes instrucciones para asistir con completar la forma de reembolso del examen de Asalto Sexual, por favor de notar que esta forma solicita pago solamente para el examen forense. Si el paciente desea solicitar asistencia financiera para el costo del tratamiento relacionado con el crimen, deben someter una aplicación estándar para Compensación de Victimas de Crimen para revisión de elegibilidad.

INFORMACIÓN de la VICTIMA

Nombre de la Victima: El nombre del paciente que recibió el examen.
Número del Seguro Social: Llene el número del Seguro Social de la Victima (Si es disponible).
Domicilio de la Victima: El domicilio de envío de la víctima.
Fecha de Nacimiento de la Victima: Llene la fecha de nacimiento de la victima (si es disponible).
Guardián Legal: El nombre del guardián legal del paciente, si la víctima es menor de edad.
Domicilio: El domicilio del guardián legal si es diferente de la víctima.
Fecha del Crimen: La fecha cuando el crimen ocurrió.
El lugar del Crimen: La ciudad y el estado donde el crimen ocurrió.
Compañía de Seguros: El nombre de cualquier fuente de pago que es tercero y que pude ser disponible a la víctima, por ejemplo, la Cruz Azul, Medicaid y Medicare.
El Numero de Póliza: El numero de la póliza de seguros o cualquier otra información de identificación que es asociado con la fuente de pago de la víctima y que es tercero.

AUTORIZACIÓN PARA SOLTAR INFORMACIÓN.
La Firma de la Victima: La firma de la victima que autoriza al proveedor medico para soltar copias de la cuenta del servicio, información historial médico e información de seguro al programa.
Fecha: La fecha cuando la autorización para soltar información fue firmada por la victima.

INFORMACIÓN de la AGENCIA de la LEY

Agencia de la Ley: El nombre de la Agencia de la Ley donde reportó el crimen.
Numero del reporte: El numero del reporte de la Ley que se le dio al caso de la Investigación Criminal.
Oficial de la Ley: El nombre del Oficial de la Ley que está encargado del caso.
Numero del Teléfono: Numero del negocio para comunicarse con el Oficial de la Ley.
Tipo de Crimen: Marque la caja que mejor describe el supuesto crimen.

INFORMACIÓN del PROVEEDOR de TRATAMIENTO MEDICO

Nombre del Proveedor de Tratamiento Médico: Nombre del proveedor medico de tratamiento donde el examine fue hecho.
Fecha de Servicio: La Fecha cuando el Examen del Asalto Sexual fue hecho.
Domicilio del Proveedor Medico: El domicilio del proveedor de tratamiento médico en donde fue hecho el examen.
Persona de Contacto: El nombre de la persona con el proveedor de tratamiento médico para llamar con preguntas de las facturas y documentos que faltan.
Numero de Teléfono: El numero de la persona de contacto.