

Examen Forense de Asalto Sexual Forma de Reembolso

Programa de Compensación para Víctimas de Crimen de Idaho

INFORMACION DE LA VICTIMA

Nombre de Víctima: _____ SS: _____ - _____ - _____
Domicilio de la Víctima: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: Hombre Mujer Teléfono #: (____) _____
MM DD YYYY
Guardián legal: _____
Relación: _____ Correo Electrónico: _____
Domicilio (si es diferente de víctima): _____

PERMISO PARA DAR INFORMACIÓN

Autorizo a que la información de mi seguro, la información de facturación y todos los registros médicos o informes médicos relacionados con este examen sean divulgados al Programa de Compensación a las Víctimas del Crimen para la consideración del pago y a la oficina del fiscal con el propósito de asegurar la restitución.

xxx _____
Firma de la Víctima o Guardián legal (Padre/Guardián legal si el víctima es un menor) Fecha

INFORMACION DEL CRIMEN

Tipo de Crimen : Asalto sexual de adulto Abuso Sexual de Menor Fecha de Examen: ____ / ____ / ____
Fecha de Crimen: ____ / ____ / ____ Lugar de Crimen (Ciudad, Estado): _____
MM DD YYYY

INFORMACION DE FUERZAS DE LA LEY

¿Se presentó reporte de la ley bajo el nombre de la víctima? Yes No
El Agencia del Orden Público donde fue reportado: _____ Numero del reporte: _____
Nombre de la persona que cometió el crimen (Opcional): _____

INFORMACION DE PROVEEDOR MEDICO

El Centro Medico donde el examen fue completado: _____
Dirección: _____ Ciudad : _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Enfermera SANE: _____ Teléfono #: (____) _____ S.A. Kit #: _____

VICTIMA ADULTO (Revisa todo que aplique)

Medicaid _____
 Medicare _____
 Beneficio VA _____

VICTIMA MENOR (Revisa todo que aplique)

Medicaid _____
 Seguro _____
Póliza # _____

No se debe fracturar al paciente el examen de agresión sexual

La documentación de facturación requerida está ubicado en: <https://crimevictimcomp.idaho.gov/sexual-assault-forensics-examinations/>

Someter sus reclamaciones a: Crime Victims Compensation Program

P. O. Box 83720, Boise, Idaho 83720-0041

Si tiene preguntas llama: (208) 334-6080 or (800) 950-2110