Examen Forense de Asalto Sexual Forma de Reembolso

Programa de Compensación para Victimas de Crimen de Idaho

INFORMACION DEL CRIMEN

Tipo de Crimen: ☐ **Asalto sexual de adulto** ☐ **Abuso Sexual de Menor**

Fecha de Examen: ___/___/___ (MM DD YYYY)

Fecha de Crimen: ___/___/___ (MM DD YYYY) Lugar de Crimen (Ciudad, Estado): _____

INFORMACION DE LA VICTIMA

Nombre de Victima: _____ SS: ___ - ___ - ___

Domicilio de la Victima: _____ Ciudad: _____ Estado: ___ Código Postal: ___

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ (MM DD YYYY) Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer Teléfono #: ( ) _____

Guardián legal: _____

Relación: _____ Correo Electrónico: _____

Domicilio (si es diferente de victima): _____

VICTIMA ADULTO (Revisa todo que aplique)	**VICTIMA MENOR (Revisa todo que aplique)**
☐ Medicaid Póliza # _____	☐ Medicaid Póliza # _____
☐ Medicare Póliza # _____	☐ Medicare Póliza # _____
☐ Beneficio VA Póliza # _____	☐ Seguro: _____ Póliza # _____

INFORMACION DE PROVEEDOR MEDICO

El Centro Medico donde el examen fue completado: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ___ Código Postal: ___

Enfermera SANE: _____ Teléfono #: ( ) _____ Kit anónimo: ☐ Yes ☐ No

No se debe fracturar al paciente el examen de agresión sexual. Documentación de facturación requerida aparece en la parte inversa de este formulario. Enviar a:

Crime Victims Compensation Program
P. O. Box 83720, Boise, Idaho 83720-0041
Si tiene preguntas llama: (208) 334-6080 o (800) 950-2110

INFORMACION DE FUERZAS DE LA LEY

¿Se presentó reporte de la ley bajo el nombre de la victima? ☐ Yes ☐ No

El Agencia del Orden Público donde fue reportado: _____ Numero del reporte: _____

Nombre de la persona que cometió el crimen (Opcional): _____

PERMISO PARA DAR INFORMACIÓN

Doy permiso para la información de factura y médicos expedientes del Examen de Asalto Sexual en relación a este examen que se dará a la Programa de Compensación de Victimas de Crimen para consideración de pagamiento y para la oficina de fiscal para lo propósito de asegurar restitución.

xxx_____ _____

Firma de la Victima o Guardián legal (Padre/Guardián legal si el victima es un menor) Fecha

Revised 05/2018