Office Use Only
Application No:

Case No:

Victim & Witness Assistance and Law Enforcement Board
Town of Basalt
100 Elk Run Dr. Suite 115
Basalt, CO 81621

VICTIM/WITNESS ASSISTANCE FUND APPLICATION
Solicitud de Asistencia de VICTIMAS/TESTIGOS

The applicant must complete every question. If a question is not applicable, please write N/A.
El solicitante debe contestar cada pregunta. Si alguna pregunta no es aplicable, favor de escribir N/A.

Victim/Witness Applicant/ Victima/Testigo Solicitante:

Telephone Number/Numero de Teléfono:

Parent/Guardian if a Minor/Padre/Guardián si menor de edad:

Relationship to Victim/Relación a la víctima:

Mailing Address/Dirección de Correo:
City/State/Zip Code/Ciudad/Estado/Código Postal:

How did you hear about the Victim Compensation Program/como escucho del programa de Compensación para Victimas?

Date crime occurred/fecha que ocurrió el crimen:

Police Officer handling case/Oficial trabajando el caso:

Amount Requesting/Cantidad Solicitada:

Briefly describe the crime and reason(s) for your compensation request/Brevemente describa el crimen y la(s) razón(es) por la cual está solicitando compensación:

Include copies of itemized bills to date with this application. Please forward copies of additional related bills to our office as you receive them.
Incluya copias de las facturas detalladas hasta la fecha con esta aplicación. Por favor, envié copias de las fracturas adicionales relacionadas con su caso a nuestra oficina conforme las reciba.

VICTIM/WITNESS REQUEST FOR COMPENSATION FUNDS
Solicitud de Asistencia de VICTIMAS/TESTIGOS

Please CHECK each type of claim for which you are requesting funds and provide the information requested within the block, or mark type of claim as Not Applicable (N/A)

Por favor, seleccione cada tipo de reclamo por el cual está solicitando fondos y proporcionar la información solicitada o indicar si no es aplicable (N/A)

MEDICAL SERVICES: Submit copies of itemized medical bills. Physical therapy and chiropractic bills require treating physician's written recommendation.

SERVICIOS MEDICOS: Someta copias de las facturas médicas. Terapias físicas y facturas de quiropráctico requieren una recomendación escrita del médico.

Hospital/Physician/medico ☐Yes/Si ☐No Chiropractic/Quiropráctico ☐Yes/Sí ☐No

Dental/Dentista ☐Yes/Si ☐No Physical Therapy/Terapia Física ☐Yes/Sí ☐No

Home Nursing Care/Cuidado en casa ☐Yes/Si ☐No Other/Otro: Click here to enter text.

LOST WAGES/PERDIDA de SALARIO: Please forward letters from employer AND physician or therapist which documents loss of income and inability to work due to crime.
Favor de mandar cartas de empleador y el médico o terapeuta que documenta la pérdida de ingresos e imposibilidad de trabajar debido al crimen ocurrido.

Did the victim use any of the following types of leave due to injury caused by the crime/la victima ha utilizado cualquiera de los siguientes beneficios de trabajo por causa de el crimen?

Sick Leave/Días de Enfermo ☐Yes/Si ☐No Vacation Leave/Días de Vacaciones ☐Yes/Si ☐No
Personal Leave/Días Personales ☐Yes/Sí ☐No

PERSONAL MEDICAL ITEMS/ARTICULOS MEDICOS PERSONALES: Limited to medically necessary devices damaged or destroyed during the crime/Limitado a artículos prescritos medicamente que fueron dañados o destruidos durante el crimen.

Eyeglasses/Lentes ☐Yes/Si ☐No Dentures/Dentaduras Yes/Si ☐NO
Hearing Aid/Ayuda Auditiva ☐Yes/Si ☐No Prosthetic Device/Prostético ☐Yes/Si ☐NO

Other/Otro:

RESIDENTIAL PROPERTY/PROPIEDAD RESIDENCIAL

Describe/Describa:

PERSONAL PROPERTY/PROPIEDAD PERSONAL:

Describe:

OTHER/OTRO: Other items that are not listed above/Otros artículos no descritos arriba

Describe/Describa:

VICTIM INSURANCE INFORMATION

Insurance Company: Telephone No:

Policy Number: Deductible:

Insurance Agent:

RELEASE OF INFORMATION AND VICTIM'S RIGHTS AND RESPONSIBILITES:

I, the applicant of the Crime Victim Compensation Program of Basalt, Colorado, do hereby attest that all information given on this application is truthful and accurate to the best of my knowledge.

I hereby authorize the release of all information from my employer, physician, hospital, medical and/or mental health service and/or creditors(s) for the purpose of verifying the claims I have submitted. I understand that untruthful statements will disallow payment of my claims. I further understand that any award is subject to the availability of funds and the discretion of the VALE Board.

I hereby authorize the release of funds awarded to me under the Basalt Crime Victim/Witness Compensation fund to be paid directly to the service provider(s) applicable to my claim.

I further agree that if, at a future date, I receive monies, relative to this matter, from any collateral source such as the offender, anyone on behalf of the offender or a government program, I will immediately notify the Crime Victim Compensation Office and provide documentation to the office of such receipt. A determination will then be made as to whether reimbursement to the Crime Victim Compensation Fund is required by Section 24-4.1-110, CRS. I agree to promptly make any reimbursement required by said sections.

As an applicant you are advised that if your Crime Victim Compensation claim is denied you have the right to request an appeal hearing before the Victim and Law Enforcement Board. You will be entitled to present evidence and witnesses. At said hearing the burden of proof is upon you as an applicant to show that the claim is reasonable and compensable under the terms of the Colorado Crime Victim Compensation Act.

Signature of Victim/Witness Date

Signature of Parent/Guardian Date

INFORMACION DE SEGURO DE LA VICTIMA

Compañía de Seguro: Número de teléfono:

Numero de póliza: Deducible:

Agente de Seguro:

INFORMACION, DERECHOS Y RESPONSABILIDAD DE LA VICTIMA:

Yo, solicitante del Programa de Compensación de Víctimas y Testigos de Basalt, Colorado, por este medio doy fe que toda la información en esta solicitud s verdadera y exacta a lo mejor de mi conocimiento.

Por la presente autorizo la entrega de toda la información de mi empleador, medico, hospital, servicio de salud medica y/o mental y/o acreedor (es) con el fin de verificar las afirmaciones que he presentado. Entiendo que las declaraciones falsas serán razón para no permitir el pago de mis reclamos. Además, estoy consciente que cualquier asignación está sujeta a la disponibilidad de fondos y la discreción de la mesa directiva VALE.

Por la presente autorizo la entrega de los fondos asignados a mí por la Mesa Directiva de Compensación de Víctimas y Testigos de pagar directamente al proveedor de los servicios aplicable a mi reclamo.

También estoy de acuerdo que si, en una fecha futura, recibo dinero en relación con este asunto ya sea por medio del ofensor, o algún programa del gobierno, inmediatamente notificare a la oficina de Compensación de Víctimas y Testigos y proporcionar documentación a la oficina. Una determinación se hará en cuanto al reembolso al fondo de Compensación de Víctimas y Testigos según la ley Sección 24-4.1-110, CRS. Estoy de acuerdo en hacer prontamente cualquier reembolso.

Como solicitante, se le avisa que su solicitud de Compensación para Víctimas y Testigos es denegada, usted tiene derecho de pedir una apelación delante de la Mesa Directiva VALE. Tendrá la oportunidad de presentar evidencia y testigos. En dicha audiencia la carga de la prueba recae sobre usted como solicitante y debe comprobar que su reclamo es razonable y compensable bajo los términos de la ley de Compensación de Víctimas y Testigos.

Firma de Victima/Testigo Fecha

Fecha de Padre o Guardián Fecha