

Complaint Number: _____ Victim/Witness Asst. _____

Defendant(s): _____ Offense & Case #(s): _____ Asst. DA _____

Declaración de Impacto a la Víctima -- Lesión Personal/Perdida Propietaria/ Daños

NOMBRE DE LA VICTIMA: _____	Numero Telefónico: _____
Dirección: _____	Casa: _____
Ciudad, Estado, Código Postal _____	Trabajo: _____
Numero de Seguro Social: _____	Correo Electrónico: _____
<i>Si no podemos comunicarnos con usted y hay otra persona a quien podemos llamar, por favor facilite la siguiente información:</i>	
Nombre: _____	Relación: _____
Dirección: _____	Teléfono: Casa: _____
Ciudad, Estado, Código Postal _____	Trabajo: _____

LESION FISICA: ¿Usted recibió algún daño físico a causa de este crimen? _____ Si la respuesta es si, por favor describa (*puede adjuntar hojas de papel adicionales si es necesario*):

***GASTOS MEDICOS.** Para fines de restitución, por favor escriba cualquier gasto medico y/o de consejería que usted haya tenido como resultado de este crimen. Por favor adjunte **copias** de cuentas médicas y de consejería también de recibos relevantes a este caso. *(Si usted anticipa gastos médicos y de consejería en un futuro, por favor escriba la palabra "incompleto" y envíe copias adicionales a nuestra oficina cuando el tratamiento este terminado.

	<u>Gastos</u>
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
TOTAL DE LAS HOJAS ADJUNTAS:	\$ _____
Tiene usted cobertura de seguro? _____ MENOS CANTIDAD QUE PAGO EL SEGURO: -	\$ (_____)
TOTAL DE GASTOS MEDICOS: (1)	\$ _____

OTRAS PERDIDAS, como perdida de propiedad /daños. Por favor adjunte **copias** de los estimados, y/o recibos para reparar o reemplazar propiedad relevante a este caso. ***No incluya perdida de salario.***

	<u>Gastos</u>
_____	\$ _____
_____	\$ _____
TOTAL DE LAS HOJAS ADJUNTAS:	\$ _____
Tiene usted cobertura de seguro? _____ MENOS CANTIDAD QUE PAGO EL SEGURO: -	\$ (_____)
TOTAL DE OTRAS PERDIDAS: (2)	\$ _____

SUME 1 Y 2 PARA LA PERDIDA TOTAL → \$ _____

EFFECTOS EMOCIONALES: ¿Esta usted experimentando algún problema emocional como resultado de este crimen? _____

Si la respuesta es si, por favor describa (puede adjuntar hojas de papel adicionales si es necesario):

OTRO: ¿Hay algo mas que le gustaría que el fiscal o el juez sepan? _____ Incluya comentarios que usted desee hacer acerca de la prosecución, sentencia, restitución, etc. (puede adjuntar hojas de papel adicionales si es necesario):

YO QUIERO RECIBIR NOTIFICACION DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS

Vea" La explicación de los pasos básicos para casos de una felonía en el Sistema Criminal de Justicia" en el folleto adjunto

- Audiencia de Fianza Si No
- Declaración (culpable o no culpable) Si No
- Juicio Si No
- Disposición (resultado) Si No
- Apelación de la condena y Procedimiento de apelación Si No
- Libertad del acusado de la Cárcel/Prisión después de la condena Si No
- _____ Yo **NO** deseo ser notificado(a) de ninguno de los procedimientos de la corte.

La información que yo he dado en esta declaración es verdadera y precisa de acuerdo a mi conocimiento.

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor devuelva esta forma llenada lo más pronto posible a:

District Attorney's Office
700 E. Trade Street
Charlotte, NC 28202

Llame al 704.347.7891 (en español 704-417-1909) si usted tiene alguna pregunta sobre esta forma.