

Complaint Number: _____ Victim/Witness Asst. _____

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

Declaración de Impacto a la Victima – Asalto Sexual/Delito Sexual

NOMBRE DE LA VICTIMA: _____	Numero Telefónico: Casa: _____
Dirección: _____	Trabajo: _____
Ciudad, Estado, Código Postal _____	Correo Electrónico: _____
Numero de Seguro Social: _____	
<i>Si no podemos comunicarnos con usted y hay otra persona a quien podamos 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 /CONSEJERIA.** Por favor adjunte copias de recibos médicos y consejería que usted haya incurrido como resultado de este crimen. **No incluya** el costo de la caja de asalto sexual, eso ya viene cubierto automáticamente. Si usted anticipa gastos medico y/o de consejería en el futuro, por favor escriba la palabra "incompleto" y envíe las copias adicionales a nuestra oficina cuando el tratamiento este completado.

_____	<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 PÉRDIDAS, como pérdida de propiedad/daños. Por favor adjunte copias de los estimados y/o recibos para reparar o reemplazar propiedad a este caso. **No incluya pérdida 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 (opcional). Si usted *desea* proveer información sobre como este crimen la(o) a afectado por favor adjunte hojas adicionales o descríballo brevemente aquí abajo:

OTROS (opcional). : ¿Hay algo más que le gustaría que el fiscal o el juez sepan? Incluya comentarios que usted desee hacer acerca de la prosecución, sentencia, restitución, etc. (*adjunte hojas adicionales si es necesario*):

YO QUIERO RECIVIR NOTIFICACION DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS

Vea" La Explicación de los Pasos Básicos para Casos de una Felonia 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 de cualquier procedimiento 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 al:

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

Llame al 704.417-1909 Si usted tiene alguna pregunta sobre esta forma.