

Complaint Number: _____ Victim/Witness Asst. _____

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

DECLARACION DE IMPACTO A LA VICTIMA – Pérdida o Daño en su Negocio

Por favor llene y devuelva esta forma lo más pronto posible.

NOMBRE CORPORATIVO/NEGOCIO: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

De Identificación Federal (**necesario para la restitución**): _____

Dueño(a) del Negocio/ Persona de Contacto: _____

Números Telefónicos:

Casa: _____

Trabajo: _____

LA RESTITUCION SE LE PAGA A: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

PERDIDA DE PROPIEDAD/DANOS: Por favor haga una lista aquí. ¿Tiene usted seguro para su propiedad? _____

Descripción del artículo:	Valor total del Artículo/daño	Recuperaron el artículo?	Cantidad pagada Por el seguro	Perdida a la Compañía
_____	_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	_____	\$ _____	_____

PERDIDA TOTAL: \$ _____

OTRO: ¿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, como ha afectado este crimen su negocio, etc. (adjunte hojas de papel adicionales si es necesario):

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 (en español) si usted tiene alguna pregunta sobre esta forma.