

Complaint Number: _____ Victim/Witness Asst. _____

Asst. ADA _____

Defendant(s): _____ Offense & Case #(s): _____

DECLARACIÓN DE IMPACTO A LA VICTIMA – Pérdida/Daño de propiedad

NOMBRE DE LA VICTIMA: _____	Numeros Telefónicos: _____
Address: _____	Casa: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____	Trabajo: _____
Numero de Seguro Social (<i>requerido para restitución</i>): _____	Correo Electrónico: _____
<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: _____

Por favor ponga en esta lista sus temas dañadas/robadas.

¿Usted tiene seguro? Sí / No

Descripción del tema:	Total valor de tema	¿Usted adquirió el tema?	Gastos que pagdos por su seguro	Suma de su pérdida
_____	_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	_____	\$ _____	_____
Otras pérdidas (por ejemplo: remolque, almacenamiento, etc.)				
_____	_____	_____	\$ _____	_____
Pérdida total:				\$ _____

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