

GASTOS MEDICOS: Por Favor detalle los gastos médicos y de consejería de su hijo(a) por lo que usted haya tenido que pagar como resultado de este crimen. Por favor adjunte copias de cuentas y recibos médicos y/o de consejería relevantes a este caso.

	Gastos
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
Haga una lista de gastos adicionales, como medicinas, vendas, etc.: _____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
¿Tiene su hijo(a) cobertura de seguro? _____	PAGO DEL SEGURO - \$ _____
	OTROS REEMBOLSOS: - \$ _____
	TOTAL: \$ _____

¿Anticipa usted algún medicamento o gasto de consejería? _____

OTROS: ¿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. (*adjunte hojas adicionales si es necesario*):

¿Le gustaría estar **presente** para el resultado final de este caso si su testimonio no es necesario? _____

¿Le gustaría ser **notificado** del resultado final de este caso? _____

¿Le gustaría ser **notificado** por el Departamento de Correcciones cuando el acusado sea liberado? _____

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:

*Ann Laughlin, Victim Assistant
District Attorney's Office,
700 E. Trade St., Charlotte, NC 28202*