

DECLARACION DE IMPACTO A LA VICTIMA – Violencia Domestica (Delito Menor)

NOMBRE DE LA VICTIMA: _____

NOMBRE DEL ACUSADO: _____

Sus números de teléfono: (Casa) _____ **(Trabajo)** _____

Dirección: _____

Si no podemos comunicarnos con usted y hay otra persona a quien podamos llamar, por favor facilítenos la siguiente información:

Nombre: _____ *Parentesco:* _____

Dirección: _____ *Teléfono: Casa:* _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____ *Trabajo:* _____

Efectos Emocionales: ¿Ha afectado este crimen a su familia emocionalmente? ¿Ha afectado este crimen su relación con su familia, amistades, compañeros de trabajo, y otros cercanos a usted? _____ Si su respuesta es SI, por favor describa:

¿Había algún niño(a) presente cuando ocurrió el incidente? _____ Si su respuesta es SI, ¿los ha afectado el incidente emocionalmente? _____

¿Ha puesto la victima cargos en contra del acusado por asalto a una mujer u otros crímenes de violencia, antes de que este incidente ocurriera? _____ Si _____ No

¿Uso el acusado un arma mortal o tenía un arma mortal en su posesión cuando ocurrió el incidente?
_____ Si _____ No

¿Asalto el acusado a otros miembros de la familia en esta ocasión o en ocasiones pasadas?
_____ Si _____ No

¿Le ha amenazado el acusado de alguna manera con el fin de disolver este caso?

_____ Si _____ No

Lesión Física: ¿Fue usted físicamente lesionado como resultado de este crimen? _____ Si la respuesta es SI, por favor describa (adjunte hojas de papel adicionales si es necesario):

(Vea la próxima página)

Gastos Médicos - Por favor haga un listado de gastos médicos y consejería que usted haya incurrido a causa de este crimen. Por favor incluya cuentas y recibos médicos y de consejería que sean relevantes a este caso:

		Gastos
		\$
		\$
		\$
	<i>Gastos:</i>	\$
¿Esta usted cubierto por un seguro medico? _____	El Seguro Pagó:	\$
	Total	\$

Perdidas Económicas: como danos de propiedad, perdida de salario, etc. (Adjunte hojas de papel adicionales si es necesario)

¿Usted anticipa gastos médicos y de consejería en un futuro cercano? Si la respuesta es si, por favor incluya el nombre y la dirección del doctor, cuanto anticipa usted que va a durar el tratamiento y aproximadamente cuanto va a costar:

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, etc. (adjunte hojas de papel adicionales si es necesario):

*******YO QUIERO RECIBIR NOTIFICACION DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS*******

- Audiencia de fianza
- Juicio
- Resultado del caso
- Libertad condicional/ liberación Temprana
- Apelación a la Corte Superior
- YO NO QUIERO SER NOTIFICADO DE NINGUN 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 en 2 semanas al:

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

Llame al 704-417.1834 si usted tiene alguna pregunta sobre esta forma.