|  |
| --- |
| Case Information – To Be Completed by Adult Probation Staff |
| Defendant’s Name:       | SF No:       | Court No:       |
| **Complete, firme y envíe este formulario al Departamento de Libertad Condicional de Adultos (Adult Probation Department) antes del:**       |
| Su nombre:  |       |
| Si la indemnización es ordenada, cual es el nombre que debe aparecer en los cheques? Por ejemplo, su nombre completo o el nombre de su negocio si aplica: |       |
| Dirección postal: |        | Correo Electrónico: |       |
| Número de teléfono: | (     )      | Número de teléfono alterno: : | (     )      |
|  |

[ ]  No deseo solicitar una indemnización.

[ ]  Envié esta información a la oficina del Fiscal de Distrito el (fecha, si lo sabe):

[ ]  Deseo solicitar una indemnización por los gastos detallados a continuación.

Si desea solicitar una indemnización, detalle las pérdidas que experimentó como resultado del delito. Utilice hojas adicionales si lo necesita. Si tiene recibos, facturas, cotizaciones u otros documentos (como una copia impresa de Internet de un artículo comparable) con los que se puedan corroborar sus pérdidas, adjunte las copias. **No envíe los recibos originales.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Propiedad robada o dañada** Costos de reparación o reemplazo (se aceptan cotizaciones) | **Cantidad** | **¿Se adjunta copia del recibo/la factura?** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Gastos médicos**Cualquier monto facturado a usted, su seguro, Medi-Cal/Medicare, etc. o que usted su seguro, Medi-Cal/Medicare, etc. haya pagado | **Cantidad** | **¿Se adjunta copia del recibo/la factura?** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Salarios o lucro cesante** | **Cantidad** | **¿Se adjunta copia del recibo/la factura?** |
|       |       |       |
|       |       |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pérdidas varias**Asesoramiento en salud mental, honorarios de abogados, gastos de seguridad residencial, etc. | **Cantidad** | **¿Se adjunta copia del recibo/la factura?** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

**Declaración sobre el impacto de la víctima**

Usted puede aportar una declaración por escrito en la que describa de qué manera le afectó el delito. Por ejemplo: ¿De qué manera afectó su bienestar o el bienestar de las personas cercanas a usted? ¿Usted o alguien cercano a usted ha buscado asesoramiento? ¿Sus relaciones cambiaron como consecuencia del delito? ¿Padeció síntomas o lesiones físicas como consecuencia del delito? ¿De qué manera afectó el delito su capacidad de trabajar/asistir a clases, ganarse la vida, ocuparse de la casa, disfrutar las actividades o sentirse seguro? ¿Qué cambios ha tenido que implementar? Utilice hojas adicionales si lo necesita.

Su declaración se incluirá en el informe previo al fallo o el informe de indemnización que el Departamento de libertad condicional de adultos envíe al Tribunal. Tenga en cuenta que su declaración no será confidencial; el informe previo al Tribunal estará a disposición del acusado y de cualquier miembro del público durante 60 días posteriores a la audiencia del fallo.

|  |
| --- |
|       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Su firma:** |  | **Fecha:** |       |