

## DECLARACION DE IMPACTO DE VICTIMA O DE RESTITUCIÓN

Por favor devuelva este formulario a: La Corte Municipal de Greeley  
919 7th Street  
Greeley, CO 80631

**Vuelva para:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Audiencia para la Restitución:** \_\_\_\_\_  
**Acusado(a):** \_\_\_\_\_ **Núm. de Citación: M** \_\_\_\_\_

Esta Declaración de Impacto de Víctima o Restitución es usada por el Fiscal y la Corte Municipal para determinar la restitución y para evaluar el efecto del delito en la víctima y la familia de la víctima. Si desea que el juez le ordene al acusado(a) que pague la restitución, tiene que llenar y devolver este formulario a la Corte Municipal de Greeley.

**SI NO DEVUELVE ESTE FORMULARIO, ESO INDICARA QUE USTED NO DESEA RECIBIR RESTITUCIÓN.**

**SI NO COMPARECE PERSONALMENTE A LA AUDIENCIA DE RESTITUCIÓN INDICADA ARRIBA CON DOCUMENTACIÓN QUE CONFRIME LAS CANTIDADES SOLICITADAS, RESULTARA EN UNA RENUNCIA A SU DERECHO A PEDIR RESTITUCIÓN PENAL EN LA CORTE MUNICIPAL DE GREELEY.**

**SIN EMBARGO NO SE LE GARANTIZA QUE RECIBIRA RESTITUCIÓN**  
PARA COMUNICARSE CON LA OFICINA DEL FISCAL LLAME AL 970-350-9757

Definición de Restitución: La restitución es dinero pagado por un acusado(a) específico(a) a una víctima específica como reembolso pro la pérdida que sufrió la víctima como resultado de un delito. La restitución es ordenada por la corte y es parte de la condena. Por lo general estos gastos pagados de la bolsa, tales como una bicicleta robada o el deducible del seguro. Por cualquier pérdida de ingresos, dolor y sufrimiento, o cualquier otra circunstancia no relacionada directamente con el delito, la víctima deberá demandarlo en la corte civil. Esto no puede ser ordenado como restitución. El número de teléfono para la corte civil es el 970-351-7300.

Favor de escribir con bolígrafo en letra de molde o a maquina sus respuestas. Favor de proveer su dirección actual y numero de teléfono. **Debe notificar a la corte de cualquier cambio futuro de dirección.**

NOMBRE DE VICTIMA(S): \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
NUM. DE TELEFONO: \_\_\_\_\_ NUM. DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

### PERDIDA ECONOMICA

Favor de adjuntar copias, recibos, presupuestos, facturas, etc.

PERDIDA TOTAL DE LA PROPIEDAD \_\_\_\_\_  
DESCRIPCIÓN DE LA PERDIDA \_\_\_\_\_  
Precio de compra o valor actual: \$ \_\_\_\_\_ Precio o presupuesto de reparación: \$ \_\_\_\_\_  
¿PAGO SU SEGURO POR LA PERDIDA O REPARACIÓN DE LA PROPIEDAD? SI \_\_\_ NO \_\_\_  
Cantidad que pagó el Seguro: \$ \_\_\_\_\_ Deducible pagado: \$ \_\_\_\_\_  
Total de gastos médicos o terapia: \_\_\_\_\_

Cantidad pagada por el Seguro \_\_\_\_\_ Deducible que pago \_\_\_\_\_  
Nombre de Compañía de Seguro Medico \_\_\_\_\_  
Nombre del Agente: \_\_\_\_\_ Núm. de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Núm. de Reclamo: \_\_\_\_\_  
¿Ha pagado la compañía del acusado sus gastos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Esta aprobado(a) para recibir Medicare? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

CONSIDERACIONES DEL IMPACTO A LA VICTIMA O PARA LA SENTENCIA  
FUE AFECTADO SICOLÓGICAMENTE COMO RESULTADO DE ESTE INCIDENTET:  
Si la respuesta es si, favor de describir el efecto psicológico causado por el  
incidente: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_  
Nombre del Agente: \_\_\_\_\_ Núm. de Teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

### LESIONES FÍSICAS Y PERDIDA ECONOMICA

Favor De adjuntar copias de todo los recibos, presupuestos, factura, etc.

COMO RESULTADO DEL DELITO, ¿FUE LESIONADO FÍSICAMENTE? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
Si la respuesta es si, favor de describir el tratamiento que recibió y por cuanto tiempo: \_\_\_\_\_

¿RECIBIO TRATAMIENTO MEDICO POR SUS LESIONES? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
Si la respuesta es si, favor de describir el tratamiento que recibió y por cuanto tiempo \_\_\_\_\_

Proveedor de Servicio o Doctor, Hospital, Terapeuta, etc. \_\_\_\_\_

¿HA RECIBIDO, O PIENSA QUE NECESITA TERAPIA DE UN CONSEJERO(A) COMO  
RESULTADO DE ESTE INCIDENTE? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Si responde si, favor de describir la  
cantidad de tiempo que estará recibiendo terapia de un consejero(a): \_\_\_\_\_

¿Teme que el acusado quizás busque alguna manera de desquitarse con usted? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
Si responde si, favor de explicar: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún pensamiento o sentimiento acerca de la sentencia que la corte debería imponer o hay alguna  
condición especial que le gustaría que le impusiera la corte, tal como no tener contacto con usted o su  
familia, terapia psicológico, tratamiento de alcohol o drogas, horas de servicio a la comunidad, etc.: \_\_\_\_\_

TIENE DERECHO DE COMPARECER PERSONALMENTE A LA ADIENCIA CUANDO SE DICTE  
LA SENTENCIA Y EXPLICAR VERBALMENTE SU PUNTO DE VISTA CONCERNIENTE AL  
DELITO, EL(LA) ACUSADO(A), LA NECESIDAD DE RESTITUCIÓN Y EL TIPO DE SENTENCIA  
QUE LE DEBE IMPONER LA CORTE.

**\* Se le notifica que cualquier información establecida en este formulario no es confidencial o  
privilegiada y talvez puede ser distribuida a la oficina del fiscal o al acusado, si acaso el acusado la  
solicita.**