PROBATION DEPARTMENT
"Protection, Service and Accountability"
1730 BISHOP STREET
SAN LUIS OBISPO, CA 93401
(805) 781-5300

FORMULARIO DE SOLICITUD DE RESTITUCION

Nombre del demandado: _____

DA CASO # _____ # CASO _____

Nombre de la victima o de negocios: _____

Dirección: _____

_____

Teléfono casa: ( )_____ Teléfono trabajo: ( )_____

información Personal (para la víctima/empresario)

Fecha de nacimiento:_____ DL#_____

Soc. Sec. _____

☐ No deseo solicitar restitución.

☐ Yo he presentado una reclamación ante la Junta de compensación de la víctima.
Demanda no. _____

☐ Deseo solicitar los gastos enumerados a continuación.

Por favor incluya una copia de su recibo (S) u otros verificación de pérdidas.

Robado o dañado propiedad: *(Los costos de reparación o reemplazo, estimaciones aceptables. Pérdida de la propiedad incluye pérdida de dinero por robo, fraude, malversación de fondos, etc.).*

Descripción	*Cantidad*
TOTAL:	

Gastos médicos: (cualquier dinero facturados o pagados por usted, su seguro Medi-Cal / Medicare, CMSP, etc.)

Descripción	*Cantidad*

TOTAL:	

Salarios o ganancias perdidas: (Talones, carta del e,pleador en hoja membretada con fechas de ausencia, declaracion de impuestos sip or cuenta propia)

Descripción	*Cantidad*
TOTAL:	

Varios delitos relacionados con las pérdidas: (Salud mental consejería, honorarios de abogados, gastos de traslado, gastos de seguridad residencial, etc..)

Descripción	*Cantidad*
TOTAL:	

RESTITUCION TOTAL SOLICITADO:_____

Es su responsabilidad notificar a esta oficina de cualquier cambio de dirección, acuerdo, compromiso u otro cambio de estado con respecto a esta reclamación de pérdida y solicitud de restitución.
Yo certifico bajo pena de perjurio, conforme a las leyes del estado de California, que lo anterior es una declaración verdadera y exacta acerca de mis pérdidas en esta materia.

Firma: _____ Fecha: _____

POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO DENTRO DE 15 DÍAS DEL RECIBO DE
MANTENGA UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO Y LA DOCUMENTACIÓN PARA SU REGISTRO