RECUPERACIÓN DE INGRESOS – UNIDAD DE COBROS
Departmento de Libertad Condicional
1730 Bishop Street, San Luis Obispo, CA 93401
(805) 781-4174 FAX: (805) 781-4220

DECLARACIÓN DE PÉRDIDAS Inicial Suplementario

Fecha de la Demanda _____ **Fecha y Hora de la Audiencia**:_____

Pérdida sufrida por _____en Fecha (s): _____

como resultado del delito cometido por _____ D.A. Caso #:_____

Caso Corte/PO#_____ Naturaleza del Delito(s) _____

*****ATENCIÓN: REFIÉRASE A Y SIGA LA HOJA ADICIONAL DE INSTRUCCIONES INCLUIDA *****

1) Describa aquí sus pérdidas. Adjunte hojas adicionales sólo si fuera necesario. La agencia que hizo el arresto debe haber documentado sus pérdidas. Por favor, asegúrese indicar a continuación la cantidad total de las pérdidas. *

OFFICIAL USE ONLY

LISTA DE PROPIEDAD (Incluya marca/números de serie.
Adjunte copias de cuentas, recibos, o tres (3) estimaciones de reemplazo.

	CANTIDAD	APROBADO
_____	$_____	_____ $_____
_____	$_____	_____ $_____
_____	$_____	_____ $_____
_____	$_____	_____ $_____
_____	$_____	_____ $_____

LISTA DE GASTOS MÉDICOS (Adjunte pruebas de gastos en que incurrió.)

_____	$_____	_____ $_____
_____	$_____	_____ $_____
_____	$_____	_____ $_____
_____	$_____	_____ $_____
_____	$_____	_____ $_____

PÉRDIDA DE GANANCIAS (Debe adjuntar carta de verificación de empleador en papel con membrete de la compañía.)

Nombre del Empleador: _____
Dirección _____
Ciudad _____
Código Postal_____ Fono #_____
Número de días sin trabajar_____ Pérdida = $_____ _____ $_____

*** TOTAL de PÉRDIDAS: $_____ *** _____ **$_____**

2) Por favor explique si no puede proporcionar pruebas de parte de sus pérdidas.
_____
_____

□ Cubierto por seguro
□ Del demandado
□ De la víctima

3) Lesiones físicas: _____
_____

□ Fallo Civil

4) Si la cantidad de pérdida reportada es más que la cantidad que Ud. indicó a la agencia que hizo el arresto, por favor explique:
_____
_____

□ Pendiente □ Existente
Fecha _____/_____/____

Aprobado por_____

5) Si al demandado se le otorga libertad condicional y se le ordena pagar restitución, indique quién recibirá el dinero que se cobre si lo hubiere:

Nombre de la Víctima_____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal_____

O

Nombre del Negocio_____

Nombre del Dueño del Negocio_____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

NOTA: Es responsabilidad de la víctima notificar a la Unidad de Cobros, Recuperación de Ingresos, de cualquier cambio de dirección, convenio, acuerdo mutuo u otro cambio de estado concerniente a esta demanda o pérdida.

6) Proporcione la siguiente información personal (para la víctima o dueño de negocio)

Fecha de Nacimiento ___/___/_____ Seg. Soc. # _____ Licencia de Conducir # _____

Declaro que la declaración de pérdidas anterior es verdadera y correcta:

□ Demanda de pérdidas adjunta

Firma_____ □ No se demanda pérdidas

Nombre en letra de molde _____

Fecha____/_____/_____ Teléfono durante el día # (_____)_____

==========

-----FOR PROBATION USE ONLY-----

This case has_____ codefendants.

Restitution is to be assessed to codefendants as follows:

Name	Prob. No.	Amount
_____	( )	$_____
_____	( )	$_____

TOTAL: $_____

□ Claim Approved □ Claim Denied □ Claim Modified □ Victim To Resubmit
□ Defendant Insurance □Victim Insurance □ Civil Judgment □ Claim Released By Victim
□ Settlement Pending □ Victim To Collect By Other Means □ Claim Needs Further Work
□ Claim Held Pending Court Hearing

COMMENTS:

_____

_____

_____

INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO DECLARACIÓN DE PÉRDIDAS

PARA RESTITUCIÓN DE JÓVENES & ADULTOS

Por favor lea antes de llenar el formulario adjunto

Se advierte que la Unidad de Recuperación de Ingresos debe poder leer y entender claramente su demanda y documentos comprobantes. La víctima debe definir y documentar todas las pérdidas en el formulario. Simplemente escribir "véase adjunto" no será suficiente. Defina sus pérdidas en el espacio provisto.

Si un seguro cubre la pérdida, por favor explique si es la compañía de seguros de la víctima o del demandado que cubre esta pérdida.

Use el formulario adjunto para hacer una lista del tipo y la cantidad de sus pérdidas y proporcione copias de la documentación.

Sección #1

Pérdida de Propiedad

Documentos legales, cuentas, recibos y/o estimaciones para el reemplazo, o costo de una reparación. Una estimación puede consistir de recortes de catálogos, diarios, revistas y/o una impresión de un sitio de la internet que muestra la cantidad en dólares del mismo artículo o uno similar. **(Copias solamente)**

Gastos Médicos

Por favor proporcione prueba de sus pérdidas total tales como estados de cuentas, recibos de prescripciones y/o cualquier otro gasto relacionado médicamente.

Pérdida de Ganancias

Una carta de su empleador en papel con membrete de la compañía. La carta debe incluir la cantidad de días y fechas en que no pudo trabajar, la razón por la cuales no pudo trabajar, cuánto le pagan, y la cantidad total de pérdidas en dólares. Si usted trabaja independientemente, por favor presente una copia de su formulario de Impuestos Internos para el año en que ocurrió el delito que refleje la cantidad que usted ganó en el año. **(Copias solamente)**

Sección #1 Adjunte prueba del valor para todas las pérdidas que usted demanda.
No envíe documentación original – envíe copias solamente. Las demandas sin pruebas se negarán y/o se devolverán a la víctima.

Sección #2

Si no puede obtener esta información, por favor dé una explicación.

Sección #3

Si la cantidad de pérdida que usted reporta en este formulario es más de lo que usted le reportó a la policía, debiera explicarlo en esta Sección. La Unidad de Cobros revisa el informe policial junto a la documentación de la víctima.

Sección #4

El nombre y dirección se usa para enviar por correo los cheques de restitución. Si usted se muda después de entregar su Formulario de Declaración de Pérdidas, necesita presentar un Formulario de Cambio de Domicilio a la Unidad de Cobranzas.

Sección #5

La víctima debe firmar con fecha el Formulario de Declaración de Pérdidas indicando que la Declaración de Pérdidas es verdadera y correcta. La víctima debe además proveer un número de teléfono durante el día para que la Unidad de Cobros pueda contactarle para clarificar información que aparece en el Formulario de Declaración de Pérdidas.

ENTREGUE O ENVÍE LOS FORMULARIOS DE DECLARACIÓN DE PÉRDIDAS Y DOCUMENTACIÓN A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

Probation Department
1730 Bishop Street
San Luis Obispo, CA 93401
Teléfono: (805) 781-4174 **Número de FAX: (805) 781-4220**