

COLLIN COUNTY JUVENILE PROBATION DEPARTMENT

HOJA DE INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA

Should you need this form in English, please contact your Victim/Witness Coordinator
Esta información es de importancia al abogado en el juicio, la corte, casos probatorios de adultos y jóvenes
Comisión Juvenil de Tejas, el Departamento Tejano de Justicia Penal, y la Junta de Indultos y Libertad Condicion
ponerse en contacto con usted si es necesario. Si no pueden ponerse en contacto con usted, el caso de la persona o pe
cometieron el crimen puede ser deshechado, o no recibiría información o restitución.

POR FAVOR REGRESE ESTA FORMA Y LA HOJA DE INFORMACIÓN DE LA VÍCTIMA:

NOMBRE DE LA COORDINADORA DE VÍCTIMAS: Diane Long

AGENCIA: Collin County Juvenile Probation Department

DIRECCION: 900 East park Blvd., #210

NÚMERO DE TELÉFONO: (972) 881-3055

PID#/Officer: _____

Delito/Date: _____

(1) Información de la víctima:

a. Nombre: _____

Apellido

Primer y segundo nombres

b. Dirección: _____

Calle

Ciudad

Estado

Zona postal

c. Teléfono en su casa: (____) _____ d. Teléfono en su trabajo:(____) _____

e. Fecha de nacimiento: _____ f. Número de Seguro Social: _____

(2). Persona que presentó la declaración (si fué la víctima, pase directamente al #3):

a. Nombre: _____

Apellido

Primer y segundo nombres

b. Dirección: _____

Calle

Ciudad

Estado

Zona post

c. Teléfono de su casa: (____) _____ d. Teléfono de su trabajo:(____) _____

e. Parentesco con la víctima: _____ f. Número de Seguro Social: _____

(3) Información de contacto permanente (un pariente u otra persona que siempre pueda ponerse en contacto con la víctima):

a. Nombre: _____

Apellido

Primer y segundo nombres

b. Dirección: _____

Calle

Ciudad

Estado

Zona postal

CONFIDENTIAL

c. Teléfono en su casa: (_____) _____ d. Teléfono en su trabajo:(_____) _____

e. Parentesco con la víctima: _____

Firma

Fecha

Para el objetivo de notificacion, por favor conteste lo siguiente:

¿Desea información acerca de la Comisión Juvenil de Tejas, incluyendo los procesos de libertad condicional, trasposos al TDCJ, libertad condicional o traspaso a otra localidad? Sí No

¿Quiere usted la información de los procesos de libertad condicional/descargo de la sentencia d Comisión Juvenil de Tejas (TYC)? Sí No

¿Desea ser notificada acerca del descargo de la sentencia y el traspaso por TYC al TDCJ liberación/probatoria/División Institucional (prisión)? Sí No

¿Desea ser notificada si se le da al recluso una sentencia probatoria (probatoria juvenil)? Sí No

¿Desea ser notificada acerca de la liberación por TYC a supervisión de la comunidad o traspas supervisión dentro de TYC? Sí No

Firma de la víctima o tutor: _____

(Por favor indique que parentesco tiene con la víctima): _____

NOTA: Si gusta ser notificada o recibir información referente a la orden de corte para restitucion, es responsabilidad deusted de informar a las agencias apropiadas si usted cambia de habitacion o numero de telefonos).

CONFIDENCIAL

DECLARACIÓN DE IMPACTO A LA VÍCTIMA

La información en esta declaración será usada en cada fase del sistema de justicia penal para demostrar el impacto que tuvo el delito en usted y su familia. Por favor conteste todas las preguntas que le sean posibles. Si necesita mas espacio use páginas adicionales.

(Para ser llenada por la víctima o el pariente de la víctima.)

(1) Nombre completo de la víctima: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

(2) Informacion sometida de: (Si es usted la victima de este crimen, saltese al #3)

(Si usted esta llenando esta forma para la victima, por favor de llenar esta informacion)

Pariente cercano de la víctima Padres o tutor de la víctima Otro

Si marcó pariente cercano de la víctima u otro, par favor diga que relación tiene con la víctima: _____

Nombre de la persona que hace la declaración: _____
Apellido Primer y segundo nombres

Razón por la que completa la información: Víctima es menor de edad Incapacitada Murió
 Otra: _____ - _____

DECLARACIÓN SOBRE LAS HERIDAS FÍSICAS DE LA VÍCTIMA

(3) Por favor indique que tratamiento necesita. Incluya notas del doctor (es), si lo desea:

Tratamiento únicamente en la escena del crimen Tratamiento en un centro médico
 Hospitalizada por _____ días Todavía está recibiendo tratamiento por sus heridas físicas

Describa brevemente cualquier herida física que haya sufrido como resultado del delito: _____

Si han habido gastos médicos relacionados con los daños físicos como resultado de este delito, por favor haga una lista de los gastos abajo, en seguida de donde dice doctor/hospital. Favor póngalos en seguida de donde dice: cuentas del doctor.

(4) ¿A sido afectada la habilidad de la víctima para trabajar y mantenerse por resultadas del delito?
 Sí No

Si dice que sí, por favor explique. (Puede incluir una copia del reporte de los doctores/consejeros.)

DECLARACIÓN DEL IMPACTO PSICOLÓGICO

(5) Un crimen violento puede causar heridas tanto emocionales como físicas. La siguiente lista representa algunas reacciones que algunas personas han tenido después de un crimen violento. Por favor marque todas las reacciones que haya tenido y si desea, agregue sus comentarios.

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de sueño | <input type="checkbox"/> Falto de concentración | <input type="checkbox"/> Temor a desconocidos | <input type="checkbox"/> Divorcio |
| <input type="checkbox"/> Pesadillas | <input type="checkbox"/> Temor de estar solo | <input type="checkbox"/> Coraje | <input type="checkbox"/> Perdida de empleo |
| <input type="checkbox"/> No confía en nadie | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Llora con mas facilidad | <input type="checkbox"/> Pensamiento de suicidio |
| <input type="checkbox"/> Falta de apetito | <input type="checkbox"/> Estrés en el trabajo | <input type="checkbox"/> No tan unida a la familia | |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Deseo de estar sola(o) | <input type="checkbox"/> Estrés en la escuela | |
| <input type="checkbox"/> Sentido de ser inútil | | | |
| <input type="checkbox"/> Otro: | | | |

Si se han hecho gastos relacionados con servicios de Consejo, por favor póngalos en la sección de arriba.

(6) ¿Como ha afectado el crimen a usted y su familia y aquellos cercanos a usted? Por favor exprese libremente sus sentimientos, pensamientos, y como se siente en general. Por favor no relate los hechos del crimen en sí. Eso hechos ya están disponibles en los reportes (Adjunte hojas adicionales si es necesario.)

DECLARACIÓN DE PÉRDIDAS ECONÓMICAS DE LA VÍCTIMA

(7) ¿Ha incurrido la víctima o la familia de la víctima gastos financieros, incluyendo pérdida de sueldos, daños a su propiedad, gastos médicos de consejoro (terapia), o su hospital? Sí No

(8) PARA LA RESTITUCIÓN QUE SE CONSIDERARÁ POR LA CORTE, UNA POR FAVOR LAS COPIAS DE RECIBOS, DE CUENTAS, DE CHEQUES CANCELADOS O DE CUALQUIER OTRA ESTIMACIÓN DE LA PÉRDIDA ESCRITA.

Si respondió que sí, por favor describa abajo estos gastos detalladamente.
Si tiene copias de recibos, cuentas, o cheques cancelados, por favor adjúntelos.

Pérdida o daño de propiedad \$ _____
Gastos de doctor/hospital \$ _____
Gastos de terapia \$ _____
Demanda Total \$ _____
Reembolso Del Seguro \$ _____
Fuera De La Perdida De Bolsillo \$ _____

YES NO I will file a claim through my insurance company

Insurance company information

Nombre: _____ Telefono: _____

(9) No estoy soloicitando la restitucion. _____
Firma

(10) Ha solicitado Compensación a Víctimas de crimen? Sí No

Si contesta que sí, que cantidad ha recibido: _____

En cuanto a mi conocimiento, la información en esta declaración es correcta y verdadera.

Firma

Fecha

CONFIDENTIAL