# Application for Crime Victim Compensation
## Solicitud de compensación para víctimas de crímenes

| Date Received |
|---|
| for program use |

Complete sections **1-12** to the best of your ability / Complete por favor las secciones **1-12** a su mejor leal saber y entender:

## Section 1 Personal Information / Información personal

### Crime Victim Information / Información sobre la víctima:

(Person who was injured / Persona que sufrío lesiones)

| First Name / Primer nombre: | Middle / Inicial: | Last / Apellido: |
|---|---|---|

| Mailing Address / Dirección Postal: | Apt / Unidad: | City / Ciudad: | State / Estado: | Zip / Código Postal: |
|---|---|---|---|---|

| Home Telephone / Teléfono del la casa: | Work Telephone / Teléfono del trabajo: | Cell / Celular: |
|---|---|---|

| Date of Birth / Fecha de nacimiento: Month / Mes Day / Día Year / Año | E-Mail / Correo electrónico: |
|---|---|

| Gender / Género: ☐ M ☐ F | Arizona Resident / Residente de Arizona ☐ Yes / Sí ☐ No | If victim is deceased, date of death / Si la víctima falleció, fecha del deceso Month / Mes Day / Día Year / Año |
|---|---|---|

### Claimant Information / Información del reclamante:

(Fill in this section if you are not the victim, but have suffered an economic loss as a result of the crime / Llene esta sección si usted no es la víctima pero ha sufrido una pérdida económica como consecuencia del crimen)

| First Name / Primer nombre: | Middle / Inicial: | Last / Apellido: |
|---|---|---|

| Mailing Address / Dirección Postal: | Apt / Unidad: | City / Ciudad: | State / Estado: | Zip / Código Postal: |
|---|---|---|---|---|

| Home Telephone / Teléfono del la casa: | Work Telephone / Teléfono del trabajo: | Cell / Celular: |
|---|---|---|

| Date of Birth / Fecha de nacimiento: Month / Mes Day / Día Year / Año | E-Mail / Correo electrónico: |
|---|---|
| Gender / Género: ☐ M ☐ F | Your relationship to victim / Su relación con la víctima: |

### Secondary Victim Information / Información de la víctima secundaria:

(Include the information on any derivative victims of the crime. This may include surviving children, dependents, or witnesses / Incluya la información de cualquier víctima derivativa. Esto puede incluir niños sobrervivientes, dependientes, o testigos.)

| Name / Nombre: | Date of Birth / Fecha de nacimiento: | Relationship to victim / Relación con la víctima: |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

## Section 2 Crime Information / Información sobre el crimen

| Date of crime / Fecha del crimen: | Date crime was reported / Fecha reportado: | Crime Report No / Número del informe del crimen: |
|---|---|---|

| Location of crime / Lugar del crimen: City / Ciudad County / Condado | Type of crime / Tipo de crimen: |
|---|---|

| Law enforcement agency reported to / Agencia policial informó a: | Name of Officer or Detective / Nombre del oficial o detective: |
|---|---|

Describe Injuries / Describa las lesiones:

Victimization related to (check all that apply) / La victimización relacionada con ( marque todas las que apliquen):

| | | |
|---|---|---|
| ☐ Bullying / Acoso moral | ☐ Domestic/Family Violence / Violencia Domestica/Familiar | ☐ Elder Abuse/Neglect Abuso de un anciano/ negligencia |
| ☐ Hate Crimes / Crimenes de odio | ☐ Mass Violence / Violencia masiva | ☐ Federal Crime / Delito Federal |

Person(s) who committed the crime (suspect), if known / Persona(s) que cometió (cometieron) el crimen (sospechoso), si se conoce(n):

| First Name / Primer Nombre: | Middle / Inicial: | Last / Apellido: |
|---|---|---|

## Section 3 Crime Related Expenses / Gastos de Crimen

**Check the crime related expenses/losses for which you are seeking compensation from the Crime Victim Compensation Program. / Marque los gastos/pérdidas por los cuales está buscando compensación por parte del Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ | I do not have expenses at this time. (If you do not yet have any crime related expenses and don't expect any, please complete the application, check this box, and mail it in; if you are found to be eligible, any future expenses can be submitted to the board for consideration.)<br>Yo no tengo gastos en este momento. (Si usted todavía no tiene gastos relacionados con el crimen y no espera ningún gasto, por favor llene la solicitud, marque la caja de abajo, y mándela; si el Consejo considera que usted es elegible, cualquier gasto futuro puede estar presentado al Consejo para que sea considerado.) | ☐ | I have or will have expenses soon. (If you have expenses now or expect to have expenses in the near future, check the box below and include copies of all bills or invoices with this application.)<br>Tengo gastos, o los tendré pronto. (Si usted tiene gastos ahora o tendra gastos en el futuro, marque la caja de abajo e incluya copias de todos los recibos o facturas con esta solicitud.) |
| ☐ | Medical or dental expenses<br>Gastos médicos o dentales | ☐ | Lost income, if you missed work because of the crime<br>Pérdida de ingresos, si faltó al trabajo debido al crimen |
| ☐ | Mental health treatment or counseling<br>Asesoramiento o tratamiento para la salud mental | ☐ | Loss of support, for dependents of a deceased or disabled victim<br>Ayuda para dependientes de una víctima fallecida o incapacitada |
| ☐ | Funeral and/or burial expenses<br>Gastos de funeral y/o entierro | ☐ | Crime scene clean-up (residential homicide, aggravated assault, and sexual assault only)<br>Limpieza del lugar del crimen (solo para homicidios residenciales) |
| ☐ | Check this box if you are requesting reimbursement for travel expenses to and from medical treatment, mental health treatment, court proceedings, forensic examinations or interviews, and re-locating due to a safety threat. If this box is checked, please attach a detailed log of travel expenses including travel dates, mileage and any fares or fees paid. *Gas, food, or lodging expenses may not be included.*<br>Marque esta caja si usted está solicitando reembolso de gastos de viaje. Gastos permitidos incluyen viaje al tratamiento médico, tratamiento de salud mental, procedimientos judiciales, exámenes o entrevistas forenses y reubicación debido a una amenaza de seguridad. Si se marca esta caja, por favor adjunte un registro detallado de los gastos de viaje incluyendo las fechas de viaje, millaje y cualquier otra tarifa o pagadas. *Los gastos de gasolina, comida o alojamiento no se pueden incluir.* | | |

**If you have expenses now, list hospitals, counselors, funeral homes, or other bills below or on an additional sheet.**
**Si usted tiene gastos ahora, liste los hospitales, consejeros, funerarias u otras cuentas en el espacio abajo o en una hoja adicional.**
(Please attach copies of any crime related bills / Por favor adjunte copias de cuentas relacionadas con el crimen)

| | | | |
|---|---|---|---|
| Name / Nombre: | | Telephone / Teléfono: | |
| Mailing Address / Dirección Postal: | City / Ciudad: | State / Estado: | Zip / Código Postal: |
| Name / Nombre: | | Telephone / Teléfono: | |
| Mailing Address / Dirección Postal: | City / Ciudad: | State / Estado: | Zip / Código Postal: |
| Name / Nombre: | | Telephone / Teléfono: | |
| Mailing Address / Dirección Postal: | City / Ciudad: | State / Estado: | Zip / Código Postal: |

## Section 4 Victim/Claimant's Employer Information / Información del empleador de la víctima/reclamante

Employer's Business Name / Nombre de la empresa del empleador:

**Contact Person / Persona de contacto:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Name / Nombre: | Telephone / Teléfono: | Fax / Fax: | |
| Mailing Address / Dirección Postal | City / Ciudad: | State / Estado: | Zip / Código Postal: |
| Is or was the victim/claimant self-employed? / ¿La víctima/reclamante es/era trabajador(a) independiente? | | ☐ Yes / Sí | ☐ No |
| Did the victim miss work as a result of crime-related injuries?<br>¿La víctima perdió horas de trabajo debido a lesiones relacionadas con el crimen? | | ☐ Yes / Sí | ☐ No |
| Did the crime occur while the victim was on the job or at the workplace?<br>¿Ocurrió el crimen mientras que la víctima estaba en el trabajo o en el lugar de trabajo? | | ☐ Yes / Sí | ☐ No |

WORK LOSS REQUIREMENT / REQUISITO PARA PÉRDIDA DE HORAS DE TRABAJO:
A signed statement on business letterhead from the employer is required to verify work loss information. Written verification must also be provided by a doctor or mental health therapist stating the victim was unable to work as a result of crime related injuries.
Se requiere una declaración firmada en papel membrete por del empleador para verificar la información sobre pérdida de horas de trabajo. Verificación escrito por un médico o terapeuta de salud mental también debe ser entregado indicando que la víctima no pudo trabajar como consecuencia de las lesiones relacionadas con el crimen.

## Section 5 Civil Suit Information / Información sobre una demanda civil

Have you filed a civil suit related to this crime?
¿Ha entablado una demanda civil en relación con este crimen?

☐ Yes / Sí ☐ No ☐ Undecided / No me he decidido

| Attorney's Name / Nombre del abogado: | | | Telephone / Teléfono: |
|---|---|---|---|
| Mailing Address / Dirección Postal: | City / Ciudad: | State / Estado: | Zip / Código Postal: |

## Section 6 Insurance Information / Información para Reembolso (Recuperación)

**Please check all available sources that could be applied to your claim. List insurance contact information below or on an additional sheet. / Por favor marque todas las fuentes disponibles que podrían aplicarse a su reclamo. Haga una lista de la información de contacto para los seguros abajo o usando una hoja adicional si necesita mas espacio.**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ Health Salud | ☐ AHCCCS | ☐ Medicare | ☐ Workers' Compensation Compensación laboral | ☐ Homeowners/Renters Dueño de casa/alquilador | ☐ Auto Ninguno | ☐ Donations Donaciones |
| ☐ Life Vida | ☐ Sick Leave / Vacation Permiso por enfermedad / Vacaciones | ☐ Veteran's Benefits Beneficios para veteranos | ☐ Indian Health Services Servicios de salud para indígenas | ☐ None Ninguno | Other Otro: | |

| Insurance Company Name / Nombre de la compañía de seguro: | | | |
|---|---|---|---|
| Mailing Address / Dirección Postal: | City / Ciudad: | State / Estado: | Zip / Código Postal: |
| Policy Number / Número de póliza: | Telephone / Teléfono: | | |
| Name of Insured / Nombre del(la) asegurado(a): | | | |
| Have you filed an insurance claim with this provider related to this crime? ¿Ha entablado una acción de seguro relacionado a este crimen? | ☐ Yes / Sí ☐ No ☐ Undecided / No me he decidido | | |

| Insurance Company Name / Nombre de compañía de seguro: | | | |
|---|---|---|---|
| Mailing Address / Dirección Postal: | City / Ciudad: | State / Estado: | Zip / Código Postal: |
| Policy Number / Número de Póliza: | Telephone / Teléfono: | | |
| Name of Insured / Nombre del(la) asegurado(a): | | | |
| Have you filed an insurance claim with this provider related to this crime? ¿Ha entablado una acción de seguro relacionado a este crimen? | ☐ Yes / Sí ☐ No ☐ Undecided / No me he decidido | | |

## Section 7 How did you find out about this program? / ¿Cómo se enteró del Programa?

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ | Victim Assistance Program / Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes | ☐ | Medical Service Provider / Proveedor de servicios médicos |
| ☐ | Law Enforcement Agency / Agencia de policía | ☐ | Social Service Agency / Agencia de servicios sociales |
| ☐ | Prosecutor / Fiscal | ☐ | Self Referral / Referencia Propia |
| ☐ | Brochures, Posters, etc. / Folletos, afiches, etc. | ☐ | Other / Otro: |

## Section 8 Federal Reporting Information / Información de Reportaje Federal

The following **voluntary** information is used for statistical purposes only to comply with federal regulations:
La siguiente información **voluntaria** se usa sólo para estadísticas y a cumplir con las normas federales:

Is the victim disabled? / ¿La víctima está incapacitada? ☐ Yes / Sí ☐ No

Was the victim disabled prior to the date of the crime? / ¿La víctima estaba incapacitada antes de la fecha del crimen? ☐ Yes / Sí ☐ No

Ethnicity of VICTIM (Check all that apply) / Etnicidad de la víctima (Marque todas las respuestas):

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ American Indian / Alaska Native Indígena de los Estados Unidos | ☐ Asian | ☐ Black / African American Afroamericana | ☐ Hispanic or Latino Hispano |
| ☐ Native Hawaiian / Other Pacific Islander Islas de Pacífico, Asia | ☐ White Non-Latino / Caucasian Caucásica | ☐ Other Otro: | |

Country of Origin / País de origen: _____

**Please sign and date sections 9-12 on pages 4 and 5 mail to / Favor poner la fecha, firmar las secciones 9-12 en las páginas 4 y 5 envíe:**

Maricopa County Attorney's Office
Victim Compensation Program
301 W. Jefferson, 9th Floor
Phoenix, AZ 85003

For more information or to find your county program, call /
Para más información, o para determinar cual es el programa de su condado llame a:

Arizona Criminal Justice Commission
1-877-668-2252
www.azcjc.gov

## Section 9 My Promise to the Program / Mi promesa al Programa

By completing this section I agree to contact and repay the Victim Compensation Program if I receive any payments from the offender, through a civil lawsuit, an insurance reimbursement, or any other government or private agency to cover expenses for which I have already received payment from this Program. I understand I may be responsible for repaying the Crime Victim Compensation Program any amount for which it is later determined that I was not eligible. I will notify the county Crime Victim Compensation Program if I hire an attorney to represent me in any action related to this crime or if I pursue any action on my own.

In consideration of monies to be paid to me or paid to others for my benefit in accordance with the Victim Compensation Program Rules as an award through the county Victim Compensation Program, I hereby assign, transfer and subrogate to the State of Arizona the first right to the full extent of any monies paid as stated above, and also to the extent that the monies advanced were obtained from sources other than the Arizona Criminal Justice Commission, all rights which I may have to receive, or recover any benefits or advantages which I may have against any party for claim, loss, damage, or injuries suffered for which an award was made.

Al completar esta sección, estoy de acuerdo en comunicarme con el Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes y reembolsar sus gastos si yo recibiera algún pago por parte del infractor, mediante una juicio civil, un reembolso de una póliza de seguro, o cualquier otra agencia del gobierno o privada para cubrir gastos por los cuales ya recibí pago por parte de este Programa. Entiendo que podría tener que reembolsarle al Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes cualquier cantidad que me hayan dado si se determina posteriormente que yo no calificaba para dicha cantidad. Notificaré al Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes del condado si contrato a un abogado para representarme en cualquier acción relacionada con este crimen, o si fuera a llevar a cabo una acción por mi cuenta.

Tomando en cuenta los dineros que se me deberán pagar a mí o a otros para mi beneficio de acuerdo con el Reglamento del Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes como adjudicación a través del Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes del condado, yo transfiero y subrogo al Estado de Arizona el primer derecho al total de cualquiera de los dineros pagados según lo estipulado anteriormente, y también al Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes del condado, en la medida en que los dineros adelantados se hayan obtenido de fuentes distintas a la Comisión de Justicia Penal de Arizona, todos los derechos que yo pudiera recibir o cualquier beneficio que pudiera recobrar, o cualquier beneficio o ventaja que pudiera tener en contra de cualquier parte por una reclamación, pérdida, daño, o lesiones sufridas por las que se haya otorgado una adjudicación.

| Date / Fecha: | Print Name / Nombre en letra imprenta: | Signature / Firma: |
|---|---|---|
| | | |

## Section 10 Information Release / Divulgación de información

I authorize and request any person or agency having information, including any law enforcement records, which are necessary to the administration of my claim to release that information to the county Crime Victim Compensation Program. This release includes, but is not limited to, local, state, and federal law enforcement and prosecutors offices; local, state, and federal court personnel; any funeral director, cremationist or staff thereof; any employer, any private company or governmental agency which is providing, or may provide, monetary benefits.

I authorize the disclosure of actual compensation information to the prosecutor and court personnel for the sole purpose of calculating restitution. I agree and certify that no person or agency shall incur any legal liability to me by releasing any information pursuant to this authorization.

In the event that I am represented by an attorney, I authorize my attorney to provide any information for this purpose of verifying my claim and eligibility for crime victim compensation and to provide information concerning any potential recovery which I may have against any person or entity arising from the criminally injurious conduct. I understand that the records obtained by the county Crime Victim Compensation Program may be subject to release in accordance with Arizona and federal law.

Yo autorizo y solicito a cualquier persona o agencia que tenga información que sea necesaria para la administración de mi reclamación, incluyendo cualquier expediente de agencia policial, a divulgar esa información al Programa de Compensación para Víctimas Crímenes del condado. Esta liberación de responsabilidad incluye, pero no está limitada a, oficinas de agencias policiales locales, estatales y federales; personal de los tribunales locales, estatales y federales; a cualquier director de funeraria, encargado de cremación o su personal, cualquier empleador, cualquier compañía privada o agencia gubernamental que esté proporcionando, o pueda proporcionar, beneficios monetarios.

Autorizo la divulgación de información real de compensación al personal de la Fiscalía y corte con el único propósito de calcular la restitución.

En el caso de que yo estoy representado por un abogado,yo autorizo a mi abogado a brindar cualquier información para este propósito de verificar mi reclamación y elegibilidad para compensación para víctimas de crímenes y a proporcionar información concerniente a cualquier posible recuperación que yo pudiera tener en contra de cualquier persona o entidad que surja de la conducta criminalmente dañina. Entiendo que los expedientes obtenidos por el Programa de Compensación para Victimas de Crímenes pueden estar sujetos a divulgación de acuerdo con la ley de Arizona y la ley federal.

Estoy de acuerdo y certifico que ninguna persona ni agencia incurrirá ninguna responsabilidad hacia mí al divulgar cualquier información de conformidad con esta autorización.

| Date / Fecha: | Print Name / Nombre en letra imprenta: | Signature / Firma: |
|---|---|---|
| | | |

If this Authorization is signed by someone other than the Claimant/Applicant, please state your authority to sign on behalf of the Claimant/Applicant:
Si esta autorización es firmada por otra persona que no sea el Reclamante/Solicitante, favor especificar su autoridad para firmar en nombre del Reclamante/Solicitante:

## Section 11 Disclosure of Protected Health Information / Divulgación de información médica confidencial

I give permission to any hospital, clinic, doctor, dentist, or mental health provider; any employer; any insurance company; or any other person or agency to provide information relating to this application, including medical and mental health records to the county Crime Victim Compensation Program or its representatives. I understand the information will be used to determine compensation benefits, and only information needed to make a decision about compensation will be requested by the county Crime Victim Compensation Program.

Doy permiso a cualquier hospital, clínica, doctor, dentista, o proveedor de salud mental; cualquier empleador; compañía de seguros; o cualquier otra persona o agencia para que divulgue información relacionada con esta solicitud, incluyendo cualquier registro médico, de salud mental al Programa de Compensación del condado a la Víctima o sus representantes. Entiendo que la información se usará para determinar beneficios compensatorios, y el Programa solamente solicitará la información necesaria para decidir si debe compensar a la persona.

This is a general authorization and includes authorization for the release of confidential communicable disease related information and confidential HIV related information.

Esta es una autorización general e incluye la autorización para la divulgación de datos confidenciales relacionados con enfermedades contagiosas y datos confidenciales relacionados con VIH.

I understand a photocopy or FAX (facsimile) of this signed form is as valid as the original, and my signature gives permission for the release of all information specified in this permission form.

Entiendo que una fotocopia o FAX de este formulario firmado es tan válida como la original, y que mi firma da permiso para divulgar toda la información especificada en este formulario de autorización.

I may revoke this Authorization at any time. My revocation must be in writing and signed by me. My revocation will be effective upon receipt, but it will not be effective if and to the extent that the Crime Victim Compensation Program or others have already acted in reliance upon this Authorization. Upon revocation of this Authorization, I will become ineligible to receive benefits from the Crime Victim Compensation Program.

Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito y firmada por mí. Mi revocación entrará efecto en cuanto sea recibida, pero no tendrá efecto en tanto que el Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes u otros ya hayan actuado al amparo de esta Autorización. En cuanto esta Autorización sea revocada, yo ya no seré elegible para recibir beneficios del Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes.

I understand that there is a potential for unauthorized re-disclosure of the information and that the re-disclosed information may not be protected by federal confidentiality rules. Information disclosed to the Crime Victim Compensation Program is no longer subject to the protections of HIPAA. The Crime Victim Compensation Program may disclose non-identifying information for statistical purposes.

Entiendo que existe la posibilidad de una nueva divulgación no-autorizada de los datos, y que dichos datos de nueva divulgación pueden no estar protegidos de acuerdo con las normas federales sobre confidencialidad. La información divulgada al Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes ya no estará sujeta a las protecciones de HIPAA. El Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes puede divulgar datos que no identifiquen al individuo con propósitos estadísticos.

I understand that I may refuse to sign this Authorization. My refusal to sign will not affect my ability to obtain treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits, except that my refusal to sign this Authorization will make me ineligible to receive benefits from the Crime Victim Compensation Program.

Entiendo que puedo rehusarme a firmar esta Autorización. El rehusarme a firmar no afectará mi habilidad para obtener tratamiento, pago, inscripción ni elegibilidad para beneficios, excepto que rehusarme a firmar esta Autorización me hará no elegible para recibir beneficios del Programa de Compensación para Víctimas de Crímenes.

This authorization will be considered invalid after two years OR based on expiration date or event as noted below.

Esta autorización será considerado inválido después de dos años o se basan en la fecha o evento de vencimiento que se indica a continuación.

EXPIRATION DATE OR EVENT:

FECHA DE VENCIMIENTO O EVENTO:

| Date / Fecha: | Print Name / Nombre en letra imprenta: | Signature / Firma: |
|---|---|---|
| | | |

If this Authorization is signed by someone other than the Claimant/Applicant, please state your authority to sign on behalf of the Claimant/Applicant:
Si esta autorización es firmada por otra persona que no sea el Reclamante/Solicitante, favor especificar su autoridad para firmar en nombre del Reclamante/Solicitante:

## Section 12 Certification of Eligibility / Certificación de eligibilidad

I hereby certify, subject to the penalty of fine or imprisonment, that the information contained in this application for a crime victim compensation award is true and correct to the best of my knowledge.

Por medio de la presente certifico, bajo pena de multa o encarcelamiento, que la información contenida en esta solicitud para una adjudicación de compensación para víctimas crímenes es verdadera y de acuerdo con mi leal saber y entender.

I certify that all of the information provided on this form by me and/or others is true and accurate to the best of my knowledge and belief. If it is discovered that I knowingly falsified any portion of this application, I will be denied any compensation benefits.

Certifico que toda la información proporcionada por mí u otros es verdadera y precisa conforme a mi leal saber y entender. Si se descubre que yo a sabiendas falsifiqué cualquier parte de esta solicitud, se me negarán todos los derechos a compensación.

I certify that I am not currently serving a sentence of imprisonment in any detention facility, and had not escaped from serving a sentence of imprisonment in any detention facility, home arrest program or work furlough at the time of the criminally injurious conduct.

Certifico que actualmente no me encuentro cumpliendo ninguna sentencia en prisión en un centro de detención, y que no he evitado cumplir con alguna sentencia en prisión en ninguna instalación carcelaria, programa de arresto domiciliario ni reclusorio nocturno en el momento de la conducta criminal perjudicial.

I certify that I have not been convicted of a state or federal crime and delinquent in paying a fine, monetary penalty, or restitution imposed for the crime.

Certifico que no he sido condenado por un delito estatal o federal y no estoy delincuente en el pago de una pena de multa monetaria o restitución impuesta por el delito.

I certify that I will fully cooperate with all appropriate law enforcement, prosecutorial and criminal justice agencies and provide the information requested. I understand that if I do not cooperate, any and all benefits may be denied.

Certifico que cooperaré totalmente con las agencias policiales, de enjuiciamiento y de justicia penal que sean apropiadas y proporcionaré la información solicitada. Entiendo que si no coopero, me pueden ser negados todos y cada uno de los beneficios.

| Date / Fecha: | Print Name / Nombre en letra imprenta: | Signature / Nombre: |
|---|---|---|
| | | |