

FORMATO PARA SOLICITAR RESTITUCION

DATE
VICTIM NAME
ADDRESS 1
ADDRESS 2
CITY, STATE, ZIP

State vs. DEF NAME
CA No: CA#

Si usted sufrió pérdidas económicas relacionadas con este caso la corte puede ordenarle al acusado que le reembolse su perdida. Para que el fiscal pueda solicitar su reembolso es necesario que proporcione los documentos necesarios antes de que el acusado sea sentenciado. Los Documentos que proporcione necesitan respaldar el total de su reembolso. Algunos ejemplos de documentos que puede someter incluyen presupuestos o recibos de los danos o perdidas causadas por el acusado que ya han sido reemplazadas o que necesitan serlo. En caso de que su Compañía de Seguro le reembolsó por alguna pérdida necesita proporcionarnos esa información al igual que el nombre de la Compañía que lo hizo, el monto de su deducible y otros pagos que realizo mediante su Seguro. Si tiene gastos recurrentes o pendientes por favor explique estos ya que el fiscal puede pedir a la corte que mantenga el control de la restitución hasta que todos los gastos sean saldados.

IMPORTANTE: Mandar este formato sin los documentos necesarios NO es suficiente para que el fiscal solicite la restitución. El no someter la solicitud con copias de los documentos necesarios a tiempo puede resultar en demoras o la inhabilidad total para hacer su solicitud.

Por favor siga estas instrucciones para asegurarse que su solicitud esta completa:

- Junte los documentos necesarios para respaldar cada una de las cantidades solicitadas.
- **HAGA COPIAS – NO MANDE DOCUMENTOS ORIGINALES**
- Proporcione cantidades para cada categoría mencionada en la parte posterior de este documento.
- Calcule la cantidad total que va a solicitar en restitución mediante la suma de cada una de las categorías mencionadas. Es necesario que mande documentos correspondientes para respaldar cada una de las cantidades mencionadas.
- Asegúrese de que su información personal esta al corriente, si necesita hacer algún cambio a su información por favor hágalo a continuación:

Información Personal: (dirección, número de teléfono, correo electrónico...)

Numero de teléfono matutino: _____ teléfono celular: _____

GASTOS: proporcione la cantidad **total** que ha gastado para cada categoría:

Medico/Dentista/Psicólogo-Terapeuta: _____

Danos de propiedad/perdidas materiales: _____

Danos del vehiculo/Perdida total del Vehiculo: _____

Funeral: _____

Pérdida de Salario: _____

Otras Pérdidas (Utilice es espacio proporcionado para explicar brevemente que incluye):

GRAN TOTAL: _____

Mande por correo o via Fax su información a:

Maricopa County Attorney's Office
Victim Services Division
225 W. Madison St.
Phoenix, AZ 85003
Fax: 602-506-3942

Si tiene alguna pregunta por favor comuníquese con su arbitrario asignado al (602) 506-8526.