

**MERCER COUNTY PROSECUTOR'S OFFICE
VICTIM IMPACT INFORMATION FORM**

Numero de Petición # FJ-11-

Nombre del acusado:

Su nombre y apellido:

Numero de Telefono _____

Address: _____ City _____ State _____ Zip _____

Si usted no es la victima, que parentesco tiene con la victima? _____

Este Formulario de Información sobre el impacto en la victima y el Relato del impacto en la victima representan maneras en que usted puede participar en el enjuiciamiento y la sentencia del perpetrador. **Instrucciones:** Tenga la bondad de responder a las preguntas que se relacionen con su situación. Si necesita mas espacio puede utilizar hojas adicionales. Por favor escriba claramente con letra de imprenta o a maquina.

(1) Si usted fue lastimado durante el incidente, por favor describa sus heridas:

- (2) Requirió tratamiento medico o servicio de salud mental a causa del incidente? SI o NO
- (3) Tiene un seguro medico que le ayude con los gastos? SI o NO
 Si lo tiene, cuanto tendrá que pagar o tuvo que pagar con su propio dinero \$ _____
 Cuanto ha pagado su seguro hasta la fecha? \$ _____
- (4) Le dañaron o le robaron algún bien en este incidente? SI o NO
 Por favor detalle todos los artículos dañados o robados y el costo de cada articulo:

<u>Articulo</u>	<u>Fecha de Compra</u>	<u>Precio de Compra</u>	<u>Valor Actual</u>

- (5) Tiene un seguro que cubra estos bienes que le ayude con los gastos SI o NO
 Si lo tiene, cuanto tendrá que pagar o tuvo que pagar con su propio dinero \$ _____
- (6) Quiere que el juez ordene alguna restitución? SI O NO Si la quiere, por cuanto? \$ _____
 Restitución es el dinero que el perpetrado tiene que reembolsarle por el crimen o delito por daños recibido, artículos robados, gastos médicos.
- (7) Necesita ayuda para presentar un reclamo a la Junta de Remuneración de Victimas de Delitos y Crimines (Victims of Crime Compensatio Board) para ayudarte con los gastos de servicios médicos, asesora, gastos funerales o sueldo perdido? SI o NO
- (8) Ha faltado al trabajo o a las clases a causa del incidente? SI o NO
 Si ha faltado, cuantos días ha perdido? _____
 Por favor detalle las fechas: _____
 Perdió algo de su sueldo por el tiempo que usted faltó? SI o NO Cuanto? \$ _____

Usted tiene el derecho de pedir una orden de restitución. Para que el juez ordene una restitución, usted tiene que adjuntar copias de cuentas, recibos o presupuestos de gastos médicos, gastos de asesora, costo de los bienes robados o dañados y cantidad del sueldo perdido. Si usted todavía no sabe el monto de dichos gastos, por favor envíe el formulario ahora y el detalle de los gastos en cuanto usted lo tenga.

- (9) Le hacen falta servicios de interpretacion? SI o NO
- (10) Desea ayuda para encontrar a un asesor o a un grupo de apoyo para victimas de crimines o delitos? SI o NO

NUMERO DE PETICIÓN: FJ-11-

RELATO DEL IMPACTO EN LA VICTIMA

NUMERO DE PETICIÓN: FJ-11-

Nombre del acusado:

Su Nombre y Apellido:

En el espacio que sigue a continuación, por favor relate como le afecto el incidente a usted y su familia. Por favor no incluya los hechos del caso ni tampoco algo que usted crea que pueda constituir testimonio. Al juez y al fiscal les gustaría saber:

- a.: sus sentimientos en cuanto al incidente
- b.: como ha cambiado su vida a causa del incidente
- c.: cual le parece que debería ser la sentencia del acusado

Tenga la bondad de devolver este formulario y todos los documentos dentro de 5 días a:

Mary Effie Gunther, Victim Witness Advocate
 Office of Victim Witness Advocacy
 Mercer County Prosecutor’s Office
 PO Box 8068
 Trenton, NJ 08650
 Fax # (609) 989-0146

Si usted tiene alguna pregunta por favor llame a la Oficina del Apoyo para Víctimas y Testigos del Condado número de teléfono (609) 989-6721. Fax # (609) 989-0146.

NUMERO DE PETICIÓN: FJ-11-