



DCVC: Informe de Discapacidad/Pérdida de Apoyo del Médico

PSD24

Departamento de Compensación a Víctimas de Crimen (DCVC), 1205 Pendleton Street, Room 401, Columbia, SC 29201 • Teléfono 803-734-1900 • Fax 803-734-2261
<http://dcvc.scag.gov> (Haga clic en la guía de pagos y reembolsos en la pestaña «Para proveedores» para obtener más información)

Este formulario se aplica a usted:

Si usted es el cónyuge de la víctima directa o el padre/madre/tutor legal de una víctima menor de edad que sufrió una lesión física y requiere atención individual

Si el médico tratante de la víctima directa certifica que es médicamente necesario que usted brinde atención individual a la víctima que sufrió la lesión

Si es médicamente necesario que pierda más de dos semanas consecutivas de trabajo

Al médico tratante de la víctima directa:

En su opinión profesional, ¿certifica con un grado razonable de certeza profesional que la víctima requiere atención individual del cónyuge o padre/madre/tutor legal, y que se requiere que dicha atención se prolongue durante al menos dos semanas consecutivas?

___ Sí ___ No

Si su respuesta fue afirmativa,

ingrese el nombre de su paciente: _____

ingrese la fecha en que ocurrió el incidente: _____

Sección 1: Información del cónyuge o padre/madre/tutor legal (la persona que solicita la compensación por pérdida de algún tipo de apoyo)

Nombre legal _____ N.º de Seguridad Social (últimos 5 dígitos) _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Número de reclamo del DCVC _____ Fecha del crimen ____/____/____

Dirección particular _____ Teléfono (____) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Sección 2: A completar por el médico tratante

Describa las lesiones sufridas como resultado directo del crimen: _____

Describa el tipo de cuidado que es médicamente necesario y que debe proporcionarlo el cónyuge o el padre/madre o tutor legal de la víctima directa: _____

Se deberá brindar atención desde el ____/____/____ hasta el ____/____/____

Escriba a máquina o a mano en letra de imprenta el nombre del médico tratante _____ Teléfono (____) _____

Firma del médico tratante _____ Fecha ____/____/____

Nombre y dirección del centro de salud _____

Sección 3: Al cónyuge o padre/madre/tutor legal de la víctima directa

Criterios para pérdida de salario

Debe cumplir con los cuatro criterios: (1) Empleo (2) Tiempo de trabajo perdido (3) Ingresos notificables y (4) Discapacidad