

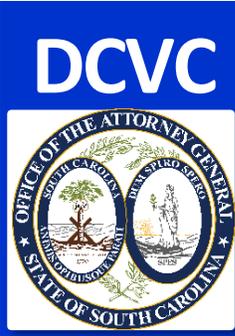
Fiscalía General - Departamento de Compensación a Víctimas de Crimen

PANORAMA GENERAL DE PAGOS Y REEMBOLSOS Y FORMULARIOS COMPLEMENTARIOS

<http://dcvc.scag.gov>

Formularios complementarios

SI: Solicita asistencia con	ENTONCES: Debe proporcionar
<p><b>Gastos médicos/odontológicos/oftalmológicos relacionados con el incidente</b></p> <p>Para pagos a los proveedores o reembolsos a las víctimas, se requerirá uno o más de los siguientes elementos por cada una de las fechas en que se recibió el servicio en cuestión en relación con el incidente.</p> <p>El Departamento de Compensación a Víctimas de Crimen es el pagador de último recurso. Si la víctima tiene un seguro y elige no usar su seguro para el tratamiento, el DCVC no cubrirá el costo. Es responsabilidad del proveedor garantizar que se exploren y se utilicen otras vías de pago.</p> <p><b>NOTA:</b> El DCVC paga después del seguro médico y dental</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formulario de solicitud de reembolso de gastos médicos UB-04 (de su proveedor)</li> <li>Formulario de solicitud de reembolso de gastos médicos para el seguro de salud (CMS-1500) (HCFA-1500) (de su proveedor)</li> <li>Factura detallada de los cargos del proveedor médico</li> <li>Formulario de solicitud de reembolso de gastos odontológicos para la ADA (con plan de tratamiento) (se puede solicitar un certificado de necesidad de tratamiento odontológico)</li> <li>Factura detallada del centro de visión por anteojos</li> <li>EOB (Explicación del Beneficio de la compañía de seguro médico/odontológico). (Se debe presentar primero una solicitud al seguro odontológico/médico o a Medicaid si la víctima tiene un seguro privado o público). Si la víctima tiene cobertura de seguro odontológico/médico o Medicaid, tendrá que proporcionar información por cada una de las fechas en que se recibió el servicio en cuestión en relación con el incidente.</li> </ul>
<p><b>Gastos de asesoramiento psicológico relacionados con el incidente</b></p> <p>El DCVC ofrece reembolso por traumas (generalmente considerados como gasto médico) solo cuando dicho servicio es prestado por un profesional con licencia en una especialidad que incluye asesoramiento para la salud mental. Esto incluye servicios proporcionados por Trabajadores Sociales Certificados con nivel de Máster (LMSW) (cuando no se practica de forma independiente), Asesores Profesionales Certificados (LPC), Terapeutas Matrimoniales y Familiares Certificados (LMFT), Trabajadores Sociales Clínicos Certificados (LCSW), Trabajadores Sociales Independientes Certificados (LISW), Psiquiatras, Psicólogos y Médicos.</p> <p><b>NOTA:</b> La política de salud mental del DCVC proporciona un enfoque incremental para las sesiones de salud mental para pacientes ambulatorios. El proveedor debe haber recibido capacitación específica en tratamientos basados en la evidencia, cuya eficacia para satisfacer las necesidades de las víctimas de crimen esté demostrada.</p> <p><b>NOTA:</b> El DCVC paga después del seguro médico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe del Asesor de salud mental del DCVC</li> <li>Formulario de solicitud de sesiones de asesoramiento del DCVC</li> <li>Declaración detallada de cargos con códigos CPT, o</li> <li>Formulario de solicitud de reembolso de gastos para seguro de salud (CMS/HCFA-1500), (los proveedores pueden enviar una copia al DCVC por fax)</li> <li>Explicación del Beneficio (EOB) de la compañía de seguro médico</li> </ul> <p><b>NOTA: Información importante</b>  <b>Pagador de último recurso:</b> Si la víctima tiene seguro privado o público, la solicitud debe presentarse primero ante dicho seguro. El DCVC es el pagador de último recurso. Si la víctima tiene un seguro y elige no usar su seguro, el DCVC no cubrirá el costo.  <b>Presentación puntual:</b> El DCVC exige que los proveedores envíen las facturas y los formularios de solicitud de reembolso de gastos médicos dentro de los 12 meses posteriores a la fecha en que se prestó el servicio.</p>
<p><b>Gastos de medicamentos relacionados con el incidente</b></p> <p>Para reembolsos a las víctimas, se requerirá uno o más de los siguientes elementos: (Algunas víctimas deberán proporcionar información adicional de su médico tratante si el medicamento parece estar indicado para tratar una afección preexistente o no relacionada con el incidente).</p> <p><b>NOTA:</b> El DCVC paga después del seguro médico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copia del recibo de la farmacia (el recibo debe tener: - nombre del paciente, fecha, monto total, nombre del medicamento, número de receta, nombre de la farmacia y nombre del médico) o</li> <li>Impresión de «historial del paciente» de la farmacia</li> </ul>
<p><b>Gastos de funeral relacionados con el incidente</b></p> <p>La persona responsable del pago de los gastos funerarios incurridos puede solicitar el reembolso de dichos gastos. Esta debe ser la persona que firmó el contrato o que pagó la factura del funeral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Certificado de defunción</li> <li>Factura/contrato detallados (la factura debe incluir el nombre del proveedor de servicio y la dirección del remitente)</li> </ul> <p><b>Gastos no cubiertos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Médicos, odontológicos, de viáticos o de alojamiento para familiares</li> </ul>



**PANORAMA GENERAL DE PAGOS Y REEMBOLSOS  
Y FORMULARIOS COMPLEMENTARIOS (continuación)**

**Formularios complementarios**

SI: Solicita asistencia con	ENTONCES: Debe proporcionar
<p><b>Pérdida de salario relacionada con el incidente</b></p> <p>Debe cumplir con los cuatro (4) criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Empleo:</b> La víctima debe haber estado bajo condición de empleo en el momento en que ocurrió el crimen,</li> <li>2. <b>Tiempo de trabajo perdido:</b> La víctima debe haber perdido dos (2) semanas consecutivas (14 días) de trabajo como resultado directo del incidente,</li> <li>3. <b>Ingresos comprobables:</b> El reembolso se otorga en base a ingresos comprobables y</li> <li>4. <b>Discapacidad:</b> La víctima debe estar bajo el cuidado de un médico tratante.</li> </ol>	<p>Se deben presentar los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe del Empleador del DCVC</li> <li>• Informe de Discapacidad del Médico del DCVC</li> <li>• Copia de sus dos últimos recibos de sueldo (anteriores a la fecha del crimen).</li> </ul> <p><b>NOTA:</b> Debido a que el DCVC es un pagador de último recurso, todas las fuentes, como las vacaciones anuales, la licencia por enfermedad, la discapacidad a largo/corto plazo, la Administración de la Seguridad Social (SSA)/Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), deben agotarse antes de que el DCVC considere proporcionar beneficios por pérdida de salario.</p>
<p><b>Pérdida de salario relacionada con el incidente</b></p> <p>(Trabajaba <u>por cuenta propia</u> en el momento en que ocurrió el crimen)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Empleo:</b> La víctima debe haber estado bajo condición de empleo en el momento en que ocurrió el crimen,</li> <li>2. <b>Tiempo de trabajo perdido:</b> La víctima debe haber perdido dos (2) semanas consecutivas (14 días) de trabajo como resultado directo del incidente,</li> <li>3. <b>Ingresos comprobables:</b> El reembolso se otorga en base a ingresos comprobables y</li> <li>4. <b>Discapacidad:</b> La víctima debe estar bajo el cuidado de un médico tratante.</li> </ol> <p><b>NOTA:</b> Debido a que el DCVC es un pagador de último recurso, todas las fuentes, como las vacaciones anuales, la licencia por enfermedad, la discapacidad a largo/corto plazo, la Administración de la Seguridad Social (SSA)/Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), deben agotarse antes de que el DCVC considere proporcionar beneficios por pérdida de salario.</p> <p><b>NOTA:</b> El pago por la pérdida de los beneficios salariales se limita a la mitad del monto total de la compensación y a un período de incapacidad de 12 meses.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Discapacidad:</b> Informe de Discapacidad del Médico del DCVC (se solicitará que se establezca la discapacidad y la duración de la discapacidad)</li> <li>2. <b>Empleo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulario del DCVC de Verificación de Pérdida de Salario para Empleados Autónomos.</li> <li>• Una copia de su Licencia Comercial (si corresponde), o</li> <li>• Documentación que demuestre que recibía ingresos del negocio en el momento en que ocurrió el crimen.</li> </ul> </li> <li>3. <b>Ingresos comprobables:</b> (la pérdida del salario se calcula utilizando la información disponible del año en que ocurrió el crimen) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transcripción de la Declaración de Impuestos del IRS</li> </ul> </li> </ol>
Información importante	Formularios no procesables
<p>Los siguientes son formularios/documentos <b>NO PROCESABLES</b> y no se pueden aceptar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notificación final</li> <li>• Declaraciones</li> <li>• Facturas que no estén detalladas</li> <li>• Facturas incompletas (información faltante)</li> <li>• Recibo de caja registradora de la farmacia</li> <li>• Recibo incompleto de la farmacia</li> <li>• Avisos de cobro</li> </ul>
Información importante	Gastos no cubiertos
<p>La siguiente lista incluye algunos de los gastos no cubiertos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamientos que no estén directamente relacionados con el crimen que es objeto del reclamo</li> <li>• Artículos de venta libre no recetados por un médico tratante</li> <li>• Viáticos por comparecencia ante el tribunal</li> <li>• Alojamiento en hotel</li> <li>• Transporte público</li> <li>• Alimentos</li> <li>• Artículos para el hogar o servicios públicos</li> <li>• Bienes muebles</li> <li>• Hipotecas o alquileres</li> </ul>