



DECLARACIONES DEL IMPACTO SOBRE LAS VICTIMAS

Unidad de Víctimas/testigos
Oficina del Fiscal del Condado de Kalamazoo
227 West Michigan Avenue
Kalamazoo, MI 49007
(269) 383-8677

Favor usa bolígrafo azul o negro al llenar esta forma.

Acusado: _____ Reporte Policial #: _____

Nombre de la víctima: _____

Cargos: _____ Caso No.: _____

El propósito de las declaraciones de impacto de las víctimas es darle a usted la oportunidad de expresar al juez de sentencia, al abogado fiscal, al abogado del acusado, y al acusado sus sentimientos por ser una víctima y mostrarles las pérdidas que usted ha sufrido por este acto criminal. Si necesita espacio adicional, por favor con confianza adicione más páginas a esta declaración. Usted puede añadir a esta declaración en cualquier momento.

REACCION PERSONAL: Describa sus sentimientos, al ser víctima de este crimen, de cómo la ha afectado personalmente, y las personas a su alrededor.

HERIDAS FISICAS O EMOCIONALES: Describa con detalles específicos cualquier herida física que usted haya recibido y/o tratamiento médico como resultado de este crimen. Incluya copias (**NO originales**) de cualquier factura médica.

¿Usted busco consejería? [] SI [] NO si SI, ¿donde? _____

¿Usted busco atención médica? [] SI [] NO si SI, ¿donde? _____

¿Usted tiene seguro medico (i.e., Medicaid, Blue Cross, etc.)? [] SI [] NO

Valor de su pérdida: \$ _____

¿Su seguro cubrió sus pérdidas? [] SI [] NO si NO, ¿por qué no? _____

PERDIDAS MATERIALES: Enumere cualquier propiedad que fue dañada, destruida, o perdida; al igual que el valor de esa propiedad. **Usted debe incluir copias (NO originales) de las facturas o estimados por causa de reparaciones para documentar sus pérdidas.**

¿Usted tiene seguro de casa o carro? [] SI [] NO

Valor de su pérdida: \$_____

¿Su seguro cubrió sus pérdidas? [] YES [] NO si NO, ¿por qué no? _____

PERDIDAS FINANCIERAS U OTRAS PERDIDAS: La corte puede considerar pedidas de ingresos para la víctima. Enumere los días y las horas que usted dejo de trabajar debido a este crimen y la cantidad que usted perdió. **Usted debe incluir documentación de las pérdidas de ingreso por parte de su empleador.**

Nombre del Empleador: _____ Teléfono #: _____

SENTENCIA: Por favor escriba sus pensamientos sobre el castigo. Exprese con libertad el castigo que usted desearía que el acusado reciba (por ejemplo: tiempo en la cárcel, prisión, libertad condicional, consejería, servicio comunitario).

¿Le gustaría hablar en el momento de la sentencia? [] SI [] NO

La Declaración del Impacto Sobre las Víctimas se puede incluir en el Reporte Antes de la Sentencia. Este será leído por el juez y el acusado antes de dictar la sentencia. ¿Usted quiere que esta declaración sea incluida en el Reporte Antes de la Sentencia?

[] Si incluya mi declaración en el Reporte Antes de la Sentencia.

[] **NO** incluya mi declaración en el Reporte Antes de la Sentencia*
(*NOTA: El reporte no será visto por el juez que dictara la sentencia.)

Las afirmaciones hechas aqui son verdaderas según mi leal saber y entender.

Firma: _____ Fecha: _____

Si usted esta llenando esta declaración por alguien, por favor proveer la siguiente información:

Nombre de la víctima: _____ Relación: _____

Usted puede añadir a esta declaración en cualquier momento mandando la información (facturas, recibos, etc.) a la siguiente dirección:

**Unidad Víctima/Testigos
Kalamazoo County Prosecutor's Office
227 West Michigan Avenue
Kalamazoo, MI 49007**