



DECLARION DE IMPACTO DE LA VICTIMA

UNIDAD DE VICTIMAS/TESTIGOS –
OFICINA DEL FISCAL DE KALAMAZOO

227 West Michigan Avenue
Kalamazoo, MI 49007
(269) 383-8677

**Por favor use lapicero de tinta
negra o azul cuando complete esta
forma**

Acusado: _____ Reporte de Policía#: _____

Nombre de la Victima: _____

Cargo: _____ Numero de caso: _____

El propósito de esta forma es de darle la oportunidad de expresarle al juez impartiendo la sentencia, El fiscal de distrito, el abogado del acusado, sus sentimientos como víctima para hacerle saber de sus pérdidas y sufrimiento este asunto criminal. Si usted necesita más espacio, por favor siéntase libre de colocar una página adicional. Usted puede añadirle a esta declaración cuando quiera.

Por favor déjele saber a la corte de cualquier información relacionada con este caso que quiera dejarle saber al juez acerca de su relación con el acusado y como la afectado ser una víctima de violencia domestica.

Por favor indique sus planes futuros con su relación con el acusado que usted quiere que la corte la considere.

Por favor describa con detalles especiales lesiones que usted haiga recibido y tratamiento médico que recibió como resultado de este crimen. Añada copias de las cuentas médicas.

¿Desea consejería? []Si []No Si es si, ¿Donde? _____

¿Desea atención médica? []Si []No Si es si, ¿Donde? _____

Sus gastos médicos están cubiertos por a seguridad medica []Si []No

Cantidad del costo de su pérdida: \$ _____

¿Ha aplicado para el programa de compensación de Victima? []Si []No

¿Cubrió su a seguridad su pérdida? []Si []No

Si no, ¿Por qué no?

¿Tiene hijos? []Si []No

¿Estaban los hijos presentes cuando ocurrían la ofensa? []Si []No

¿Cómo ha afectado este crimen a los hijos?

Por favor enliste cualquier propiedad que haiga sido dañada, destruida o pérdida; como también el valor de la propiedad. Usted deberá adjuntar las copias de la los estimados de cuentas por los arreglos.

¿Tiene a seguridad de carro? []Si []No Cantidad de la pérdida: \$_____

¿Su a seguridad cubre su pérdida? []Si []No ¿Por qué no?_____

La corte puede considerar la pérdida de ingresos de la víctima. Por favor en liste los días y horas que usted perdió por causa de este crimen y la cantidad de ingresos que perdió. Usted debe añadir los documentos de la pérdida de ingresos de su trabajo.

Nombre del empleador:_____ - Teléfono_____

Por favor de sus pensamientos acerca de la sentencia. Siéntase libre de comentar acerca de que sentencia el acusado deberá recibir (por ejemplo: Prisión, cárcel, probación, consejería, servicio comunitario).

Yo entiendo los derechos del acto para víctima de un crimen que me dan esta forma y tengo el derecho de aparecer en la sentencia del acusado para hacer una declaración legal. La corte deberá considerar mi declaración cuando sentencie al acusado. Sabiendo esto, y yo quiere ejercer este derecho en la siguiente manera:

Yo quiero que la corte lea mi forma de impacto de víctima y que proceda con la sentencia de acuerdo a mi declaración.

Yo quiero que la corte lea la forma de impacto de víctima y quiero estar presente en durante la sentencia del acusado. POR FAVOR RETRASE LA SENTENCIA POR LOS MENOS POR 10 DIAS Y NOTIFIQUEME DE LA FECHA.

No ha completado la forma, pero quiero estar presente y hacer una declaración oral durante la sentencia de la corte. POR FAVOR RETRASE LA SENTENCIA POR LOS MENOS POR 10 DIAS Y NOTIFIQUEME DE LA FECHA.

Escojo no hacer ninguna declaración a la corte. La corte puede proceder con su sentencia.

Las declaraciones hechas aquí son verdaderas en lo que cabe de mi conocimiento.

Firma:_____ Fecha:_____