



DECLARACIONES DEL IMPACTO SOBRE LAS VICTIMAS

Unidad de Víctimas/testigos – División Juvenil
Oficina del Fiscal del Condado de Kalamazoo
1400 Gull Road
Kalamazoo, MI 49048
(269) 385-6062

Favor usa bolígrafo azul o negro al llenar esta forma.

Joven Criminal: _____ CI #: _____

Nombre de la víctima: _____ Queja Policial # _____

Cargo: _____ Archivo #: _____

El propósito de las declaraciones de impacto de las víctimas es darle a usted la oportunidad de expresar a la Novena corte judicial del distrito/División familia, 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 victima. 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#: _____

RESTITUCION: Por favor escriba sus pensamientos sobre si el joven culpable debe pagarle dinero por sus pérdidas materiales, o heridas y cuanto o si servicios comunitarios funciona como parte de la disposición /sentencia.

DISPOSICION: Por favor escriba sus pensamientos sobre la disposición/sentencia (i.e., consejería, libertad condicional, servicio comunitario, reembolso por perdida materiales, o daños u otra acción correctiva que se pueda impartir al joven criminal.

Esta declaración puede ser leída por el juez de sentencia/arbitraje, trabajador de registros de la corte juvenil y/o oficial de libertad condicional, abogado del acusado o el joven criminal.

[] **SI** [] **NO** Me gustaría que se incluya mi declaración en el Reporte Antes de la Sentencia el archivo de la corte.

[] **SI** [] **NO** Yo objeto a que mi caso se desvíe del proceso formal de la corte.

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 victima: _____ Relación: _____

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

**Unidad de Victimas/testigos
Oficina del Fiscal del Condado de Kalamazoo – División Juvenil
1400 Gull Road
Kalamazoo, MI 49048**

Favor regresar esta forma en los próximos 10 días.