



## OneOrlando Fund

### Formulario de Reclamación por Lesiones Físicas

Fecha límite de entrega del formulario: 12 de septiembre de 2016

Si necesita ayuda para llenar este formulario, por favor llame al Centro de Recursos para Víctimas (VictimConnect Resource Center) al 855-4-VICTIM (855-484-2846) o envíe un mensaje electrónico a [OneOrlando@ncvc.org](mailto:OneOrlando@ncvc.org).

#### 1. Información de la Víctima

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Otros Nombres Utilizados: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (mes/día/año): \_\_\_\_\_ #SS/TIN: \_\_\_\_\_

Dirección 1: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

País (si no es Estados Unidos): \_\_\_\_\_

Teléfono Hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

*Por favor envíe este formulario y todos los documentos pertinentes de prueba a:*

National Compassion Fund: OneOrlando  
c/o National Center for Victims of Crime  
2000 M Street NW, Suite 480  
Washington, DC 20036

**LA RECLAMACIÓN DEBE TENER SELLO POSTAL AL 12 DE SEPTIEMBRE DE 2016**

**2. Persona que llena la Reclamación (si no es la víctima)**

Si el Solicitante es menor de edad o adulto incompetente por favor proporcione el nombre, dirección y número de teléfono de la persona que llena esta reclamación por el Solicitante. Para las reclamaciones de menores o adultos incompetentes por favor adjunte prueba de su capacidad como representante, tal como un poder notarial, tutela, designación como guardian ad litem, padre/madre con custodia o equivalente como requiera la ley del estado/provincia de residencia del adulto incompetente o menor de edad.

Relación con la Víctima:

- Esposo/a
- Padre/Madre/Guardián con custodia
- Otro (por favor explique): \_\_\_\_\_

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (mes/día/año): \_\_\_\_\_ #SS/TIN: \_\_\_\_\_

Dirección 1 (si es diferente de la dirección listada arriba): \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

País (si no es Estados Unidos): \_\_\_\_\_

Teléfono Hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**3. Representante legal u otro asesor (si corresponde)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Dirección 1: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

País (si no es Estados Unidos): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono Adicional: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

#### 4. Descripción de sus Lesiones Físicas

Por favor describa brevemente sus lesiones ocurridas el 12 de junio de 2016.

¿Estuvo hospitalizado como resultado de las lesiones ocurridas durante el ataque en el club Pulse el 12 de junio de 2016?

- Sí:** Si respondió sí, ¿Cuántos días estuvo hospitalizado como resultado de los eventos del 12 de junio de 2016?

Nombre del hospital:

- No:** Si respondió no, ¿Recibió atención como paciente de emergencia ambulatoria dentro de las 48 horas siguientes al ataque?  Sí  No

Por favor, provea el nombre del hospital o médico privado que lo atendió:

*(Por favor, provea prueba de haber recibido atención médica con su Formulario de Reclamación, tal como una declaración del hospital o de su médico privado)*

#### 5. Documentos de prueba (marque con un aspa)

Adjunto la siguiente documentación solicitada:

- Prueba de Representación Legal *(si será representado por un abogado, presente el Acuerdo de Contratación con modalidad "Retainer" firmado por el abogado y el solicitante).*
- Prueba de su relación con la víctima (si está llenando el formulario a nombre de la víctima):  
 Birth Certificate  Marriage License  Other *(please describe):*
- Prueba de su relación con la víctima *(si está llenando el formulario a nombre de la víctima):*
- Otro (por favor explique):

**6. 6.** *Preferencia de pago (por favor elija uno)*

Cheque pagadero a:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

País (si no es Estados Unidos): \_\_\_\_\_

Transferencia electrónica de fondos a:

Cta. Corriente  Ahorros  Mercado Monetario  Otro:

No. Cuenta: \_\_\_\_\_

No Ruta Bancaria: \_\_\_\_\_

#SS/EIN: \_\_\_\_\_

Nombre del Banco: \_\_\_\_\_

Dirección del Banco: \_\_\_\_\_

Contacto del Banco: \_\_\_\_\_

Teléfono del Banco: \_\_\_\_\_

**7. Firmas** *(debe ser firmado en presencia de un notario público)*

Si la víctima es menor de edad, ambos padres deben firmar este formulario. Si no puede obtener ambas firmas, por favor explique la razón.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma del Solicitante**

**Certifico que la información proporcionada en este formulario de reclamación es cierta y precisa según mi conocimiento. La Firma del Solicitante en este formulario no constituye renuncia de ningún derecho legal. Más aún, entiendo que una declaración falsa hecha en relación con esta reclamación será remitida a las agencias policiales apropiadas para su posible investigación.**

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre (letra de molde) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Firma del Notario**

Estado: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

El documento que antecede fue firmado y juramentado ante mí el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_.

Nombramiento válido hasta: \_\_\_\_\_ Sello oficial: \_\_\_\_\_

Firma del Notario: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Firma del segundo padre** *(si corresponde)*

**Por la presente certifico que la información proporcionada en este formulario de reclamación es cierta y precisa según mi conocimiento. La Firma del Solicitante en este formulario no constituye renuncia de ningún derecho legal. Más aún, entiendo que una declaración falsa hecha en relación con esta reclamación será remitida a las agencias policiales apropiadas para su posible investigación.**

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre (letra de molde): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Firma del Notario**

Estado: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

El documento que antecede fue firmado y juramentado ante mí el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_.

Nombramiento válido hasta: \_\_\_\_\_ Sello oficial: \_\_\_\_\_

Firma del Notario: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_