

County of Santa Clara

Office of the District Attorney

County Government Center, West Wing
70 West Hedding Street
San Jose, California 95110
(408) 299-7400
www.santaclara-da.org



Jeffrey F. Rosen
District Attorney

Con Respecto a: **RESTITUCIÓN de pérdidas en la cuestión de**

Acusado:

Número de Caso:

Numero de Caso del Fiscal:

Número del Informe de Policía:

Fecha de la Ofensa:

Siguiente Fecha de la Corte:

La Oficina del Fiscal del Condado cree que es posible que usted haya **sufrido una pérdida financiera** debido a un crimen cometido por el/la acusado(a) antes mencionado(a).

Bajo la ley de California, usted tiene el derecho a recibir **restitución** por las pérdidas financieras sufridas como resultado directo de este crimen.

Por favor llene y devuelva el adjunto **Cuestionario de su Declarando de Pérdidas**, aun si usted no desea solicitar la restitución. Hay una cajita para chequear en el Cuestionario para indicar que esta es su petición. Es muy importante que escuchemos de usted, porque el tribunal debe tener su información para resolver el asunto.

Si usted ha sufrido una pérdida, anote la cantidad total de su pérdida y por favor adjunte copias de todos los recibos, facturas ó estimaciones que apoyan su reclamo(s). *Si usted ha sido pagado(a) en parte ó en su totalidad por su propia compañía de seguros ó compañía de seguros del acusado, indique la cantidad en esta forma.* Es muy importante que sepamos acerca de estos reembolsos. Liste también, si usted pagó un deducible que no estaba cubierto por la compañía de seguros.

Si usted tiene alguna pregunta ó inquietud, por favor no dude en comunicarse con nosotros.

Atentamente,

Felony Restitution Unit

Felony Restitution Unit

Teléfono: (408) 792-2599

Fax: (408) 294-6746

Correo Electrónico: restitution@dao.sccgov.org

County of Santa Clara

Office of the District Attorney

County Government Center, West Wing
70 West Hedding Street
San Jose, California 95110
(408) 299-7400
www.santaclara-da.org



Jeffrey F. Rosen
District Attorney

CUESTIONARIO DE SU DECLARACION DE PÉRDIDAS

Nombre(s) del Acusado(s):	Número de Caso : Número de Caso del Fiscal del Condado:
Su Nombre:	

Su dirección: _____

Su correo electrónico: _____

Celular: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

- No deseo solicitar restitución. (I do not wish to request restitution.)
- Yo he presentado una reclamación ante California Victims Compensation Board (CalVCB). (I have filed a claim with the California Victims Compensation Board (CalVCB))
- *Me han herido ó amenazado con lesiones. Llame a Víctimas y Testigos al 408-295-2656 para la explicación de los beneficios. (*I have been injured or threatened with injury. Call Victim Witness at 408-295-2656 for explanation of benefits.*)
- Quiero hacer una petición para los gastos enumerados a continuación. (I wish to make a request for the expenses listed below.)

POR FAVOR INCLUYA UNA COPIA DE SU(S) RECIBO(S) U OTROS DOCUMENTOS VERIFICANDO SU PÉRDIDA

Propiedad Robada ó Dañada:(Costos de reparación ó reemplazo; aceptamos estimaciones) **(Stolen or Damaged Property)**

Descripción	Cantidad

Gastos Médicos:(cualquier recibo mandado a usted ó pagado por usted, su seguro, Medi-Cal/Medicare, etc.).(Medical)

Descripción	Cantidad

Firma: _____ Fecha: _____

Declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada es verdadera y correcta.

***Pérdida de Ingreso ó Ganancias** (Due to injury, assisting police, attending court, etc.) **(Wages or Lost Profits).** (Due to injury, assisting police, attending court, etc.)

Descripción	Cantidad

Otras Pérdidas: (attorney's fees, relocation expenses, residential security expenses, retrofitting, etc) **[Miscellaneous Losses:** (attorney's fees, relocation expenses, residential security expenses, retrofitting, etc)]

Descripción	Cantidad

(Circle one and fill out below) Losses Defendant's Insurance paid or Losses My Insurance paid

Descripción	Cantidad

POR FAVOR, DEVUELVA ESTE FORMULARIO TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE CON RECIBOS

Use el reverso de este formulario para cualquier información adicional que desee que la corte considere.

Mail to: Santa Clara County
 District Attorney's Office
 Felony Restitution Unit
 Attention: Oscar de la Torre
 70 West Hedding Street, West Wing
 San Jose, CA 95110

FAX to:
 The Santa Clara County
 District Attorney's Office
 Felony Restitution Unit
 (408) 792-2599

Email to:
restitution@dao.sccgov.org

Recuerde informar a la Oficina del Fiscal de Distrito de cualquier cambio de dirección, teléfono, o correo electrónico para recibir una restitución ordenada por el tribunal.