



FORMULARIO DE RESUMEN DEL MONTO DE LA RESTITUCIÓN A LA VÍCTIMA DEL DELITO

Este formulario no está destinado a ser presentado ante el tribunal.

Las víctimas de un delito penal tienen el derecho constitucional a recibir una restitución completa de la persona que cometió el delito o acto delictivo contra ellos.ⁱ Las víctimas pueden optar por solicitar la restitución, pero no están obligadas a hacerlo. La restitución puede ser otorgada al patrimonio de la víctima si ésta ha fallecido. Este formulario está diseñado para ayudarle a recopilar información para presentar en una audiencia de restitución después de que el delincuente haya sido declarado culpable o declarado moroso. La restitución no cubre necesariamente todas las pérdidas sufridas por la víctima. La víctima conserva la posibilidad de reclamar daños y perjuicios al delincuente en una acción civil si fuera necesario.

¿QUÉ ES LA RESTITUCIÓN?

La restitución es la compensación por las "pérdidas económicas" debidas al delito. Las víctimas pueden ser reembolsadas por las "pérdidas económicas" que tuvieron o tendrán a causa del delito, incluyendo pero no limitado a:

- Pago total o parcial del valor de los bienes robados o dañados (el costo de reposición de los bienes o el costo real de reparación de los bienes si es posible repararlos);
- Gastos médicos;
- Gastos de asesoramiento en salud mental;
- Salarios o beneficios dejados de percibir debido a lesiones o daños, incluidos los ingresos por comisiones y salarios base perdidos.
- Gastos relacionados con hacer accesible un vehículo o residencia si la víctima sufre una discapacidad permanente como consecuencia del delito.ⁱⁱ

¿CÓMO SOLICITO LA RESTITUCIÓN?

Para recibir la restitución, usted, el representante de la víctima o su abogado deben comunicar al fiscal asignado a su caso que solicitan la restitución. Esta solicitud puede hacerse en cualquier momento antes de que el acusado sea sentenciado o de que el tribunal apruebe un acuerdo de culpabilidad. Asegúrese de que el tribunal tiene tiempo suficiente para programar una audiencia de restitución si es necesaria.

¿CÓMO SE DETERMINA EL MONTO DE LA RESTITUCIÓN?

El tribunal determinará cuánto pagará el delincuente en concepto de restitución. Es posible que se celebre una audiencia en la que usted, el representante de la víctima, su abogado, si procede, y el fiscal aporten información para demostrar el monto de las pérdidas económicas que ha sufrido o sufrirá. El tribunal no puede concederle más de lo que ha perdido económicamente por el delito, por lo que le preguntará si ha recibido algún tipo de seguro o ayuda gubernamental. Esta cantidad se restará de la orden de restitución del tribunal. El delincuente también puede facilitar información.ⁱⁱⁱ



¿QUÉ NECESITO PARA DEMOSTRAR MIS PÉRDIDAS?

Usted, el representante de la víctima, su abogado o el superviviente de la víctima deben llevar un registro de todos los gastos en que hayan incurrido o vayan a incurrir a causa del delito para demostrar el monto de su pérdida (documentación como facturas, recibos, facturas médicas, etc.) Esta documentación es utilizada por el tribunal para determinar el monto de la restitución que se ordena pagar al delincuente.

¿QUÉ OCURRE SI USTED O EL DELINCUENTE NO ESTÁN DE ACUERDO CON EL MONTO DE LA RESTITUCIÓN?

Usted, el representante de la víctima, su abogado, el superviviente de la víctima o el delincuente pueden impugnar el monto de la restitución ordenada por el tribunal. El tribunal llevará a cabo una audiencia para discutir el monto de la restitución y le dará la oportunidad de mostrar por qué no está de acuerdo con la determinación del tribunal. Es posible que se le pida a usted o al representante de la víctima que testifique en la audiencia.^{iv}

¿QUÉ OCURRE SI EL DELINCUENTE NO PAGA?

El tribunal que ordena la restitución conserva la autoridad para hacer cumplir la orden hasta que se pague la totalidad del monto. Si el delincuente es menor de edad, el tribunal de menores ejecutará la orden hasta que el delincuente cumpla 21 años. Después, la orden de restitución se convierte en una sentencia civil y puede ser ejecutada por el tribunal del condado o municipal donde resida el delincuente o la víctima.

¿CADUCA LA ORDEN DE RESTITUCIÓN?

No. La obligación del delincuente de pagar la restitución dura hasta que se pague la totalidad del monto^v, y el monto de la restitución, una vez ordenado, no puede reducirse ni suspenderse si usted o su abogado se oponen.^{vi} Si usted lo solicita, el tribunal puede permitirle aceptar una cantidad de acuerdo inferior a la orden de restitución completa, si el tribunal determina que usted no fue coaccionado para aceptar la cantidad inferior.

ⁱ Artículo I de la Constitución de Ohio, Sección 10a(A)(7)

ⁱⁱ R.C. 2152.203(B) y R.C. 2929.281(A)

ⁱⁱⁱ R.C. 2152.20(A)(3) y R.C. 2929.28(A)(1)

^{iv} R.C. 2152.20(A)(3) y R.C. 2929.28(A)(1)

^v R.C. 2152.203(F) y R.C. 2929.18(A)(1)

^{vi} R.C. 2152.203(E) y R.C. 2929.281(D)



CÓMO UTILIZAR ESTE FORMULARIO

Este formulario tiene por objeto ayudarle a usted o al patrimonio de la víctima a recopilar la información necesaria para determinar las pérdidas económicas sufridas a efectos del cálculo de la restitución. Usted será responsable de proporcionar la documentación que verifique los montos indicados en este formulario.

Este formulario debe entregarse al fiscal asignado a su caso o a su abogado junto con la documentación acreditativa necesaria. Asegúrese de guardar copias de la documentación para usted.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOBRE LA VÍCTIMA

Nombre de la víctima: _____ Número de caso: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____, Estado: _____, Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono: _____

Si se ha designado a un REPRESENTANTE DE LA VÍCTIMA, indique su nombre e información de contacto.

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____, Estado: _____, Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Si la víctima tiene un ABOGADO, indique su nombre e información de contacto.

Nombre: _____ Nombre de la empresa: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____, Estado: _____, Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono: _____



SECCIÓN 2: BIENES ROBADOS O DAÑADOS COMO CONSECUENCIA DEL DELITO PENAL

Los siguientes bienes fueron robados o dañados:

La propiedad puede repararse.

Elemento(s) a reparar: _____

Costo de las reparaciones: _____

Fecha(s) en que se efectuaron las reparaciones: _____

El bien debe ser sustituido.

Elemento(s) a sustituir: _____

Costo de sustitución: _____

Fecha(s) en que se recibió la sustitución: _____



Asegúrese de tener las justificaciones de estos gastos.

DOCUMENTACIÓN RECOMENDADA: Debe presentar recibos u otra documentación que muestre el monto pagado por las reparaciones, la fecha en que se repararon los artículos y quién realizó las reparaciones. En el caso de los bienes sustituidos, aporte facturas o recibos de la compra de los artículos nuevos. Se trata de gastos que no están cubiertos por ningún seguro de automóvil, vivienda, propiedad comercial ni ningún otro tipo de seguro o programa gubernamental.

SECCIÓN 3: GASTOS MÉDICOS DERIVADOS DEL DELITO PENAL

He incurrido en los siguientes gastos médicos no cubiertos por mi seguro o programa gubernamental:

Gastos hospitalarios: \$ _____

Consultas médicas: \$ _____

Gastos de equipamiento médico: \$ _____

Gastos de fisioterapia: \$ _____

Lentes o audífonos: \$ _____

Medicamentos con receta: \$ _____

Otros gastos (*especificar*) _____ \$ _____



Asegúrese de tener las justificaciones de estos gastos.



DOCUMENTACIÓN RECOMENDADA: Debe presentar recibos u otra documentación que demuestre el monto pagado por facturas hospitalarias, copagos de visitas al médico, pruebas médicas o de laboratorio, equipos médicos, fisioterapia, medicamentos con receta y otros gastos relacionados con la atención médica que no estén cubiertos por su seguro médico o un programa de asistencia gubernamental. También debe documentar las fechas de hospitalización y las citas médicas. Es posible que también tenga que mostrar documentación sobre la cobertura del seguro.

SECCIÓN 4: ASESORAMIENTO EN SALUD MENTAL COMO CONSECUENCIA DEL DELITO PENAL

He incurrido en los siguientes gastos de asesoramiento en salud mental no cubiertos por mi seguro o programa gubernamental:

- Visitas a la consulta del terapeuta: \$ _____ Medicamentos recetados: \$ _____
- Otros gastos (especificar) _____ \$ _____



Asegúrese de tener las justificaciones de estos gastos.

DOCUMENTACIÓN RECOMENDADA: Debe presentar recibos u otra documentación que demuestre el monto pagado por el asesoramiento de salud mental, como los copagos de las visitas al consultorio del terapeuta, los medicamentos recetados y otros gastos relacionados que no estén cubiertos por su seguro médico o un programa de asistencia gubernamental. También debe documentar las fechas de las citas de asesoramiento. Es posible que también tenga que mostrar documentación sobre la cobertura del seguro.

SECCIÓN 5: HONORARIOS, COMISIONES Y/O BENEFICIOS PERDIDOS COMO CONSECUENCIA DEL DELITO PENAL

He experimentado una pérdida de ingresos en salarios, beneficios o *comisiones**.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Perdí salario.
Monto de los salarios perdidos: _____
Fecha(s) de incapacidad laboral: _____ | <input type="checkbox"/> He perdido beneficios.
Monto de honorarios perdidos: _____
Fecha(s) en que se produjeron las pérdidas: _____ |
| <input type="checkbox"/> Volví a trabajar en _____ | <input type="checkbox"/> Perdí comisión.
Monto de la comisión perdida: _____ |
| <input type="checkbox"/> Volveré al trabajo en _____ | Fecha(s) de pérdida de comisión: _____ |
| <input type="checkbox"/> No podré reincorporarme al trabajo. | |



El médico que certificó la baja laboral fue: _____ Número de teléfono del médico: _____

Dirección del médico: _____

Ha recibido (*marque todas las que procedan*): Incapacidad Indemnización por accidente laboral Beneficios del plan sindical/fraternal
 Cupones de alimentos/subvención Indemnización a las víctimas de delitos Otros (*especificar*) _____



Asegúrese de tener las justificaciones de estos gastos.

DOCUMENTACIÓN RECOMENDADA: Debe aportar los datos de contacto de la empresa, los talones de las nóminas, los formularios W-2 del Servicio de Impuestos Internos, los estados financieros, las declaraciones de la renta u otra documentación que demuestre la cuantía de los ingresos obtenidos. También debe aportar las justificaciones de cualquier ingreso o reembolso recibido como sustitución de los ingresos por su incapacidad para trabajar. Para la comisión perdida, se requiere la documentación de los ingresos obtenidos en el período de doce meses anterior a la fecha del delito. *Usted no tiene derecho a salarios perdidos por el tiempo que voluntariamente asista a los procedimientos del tribunal penal. [Estado v. Yerkey, 2022-Ohio-4298.]

SECCIÓN 6: GASTOS DE ACCESIBILIDAD COMO CONSECUENCIA DEL DELITO PENAL

He incurrido en gastos relacionados con la accesibilidad de mi vehículo o vivienda debido a mi incapacidad permanente.

Modificación del vehículo

Costo de las modificaciones: _____

Resumen de las modificaciones: _____

Fecha(s) en que se produjeron las modificaciones: _____

Modificación de la residencia

Costo de las modificaciones: _____

Resumen de las modificaciones: _____

Fecha(s) en que se produjeron las modificaciones: _____



Asegúrese de tener las justificaciones de estos gastos.

DOCUMENTACIÓN RECOMENDADA: Debe aportar recibos u otra documentación que acredite el monto pagado por las modificaciones realizadas en su vehículo y residencia, la(s) fecha(s) en que se realizaron las modificaciones y quién llevó a cabo las reparaciones.



SECCIÓN 7: RESUMEN DE LAS PÉRDIDAS ECONÓMICAS SUFRIDAS COMO CONSECUENCIA DEL DELITO PENAL

Tiene derecho a recibir una restitución por el importe de las pérdidas económicas que haya sufrido o vaya a sufrir. De esta cantidad se deducirán las ayudas del seguro o gubernamentales que haya recibido como consecuencia de las pérdidas económicas sufridas a causa del delito penal.

PÉRDIDAS ECONÓMICAS

Monto pagado por reparación/reposición de bienes robados/dañados \$ _____	<input type="checkbox"/> Dispongo de documentación acreditativa.
Monto pagado por gastos médicos \$ _____	<input type="checkbox"/> Dispongo de documentación acreditativa.
Monto pagado por asesoramiento en salud mental \$ _____	<input type="checkbox"/> Dispongo de documentación acreditativa.
Monto del salario, beneficio o comisión dejados de percibir \$ _____	<input type="checkbox"/> Dispongo de documentación acreditativa.
Monto pagado para hacer accesible el vehículo o la residencia \$ _____	<input type="checkbox"/> Dispongo de documentación acreditativa.
Pérdidas económicas totales \$ _____	

LOS REEMBOLSOS O INDEMNIZACIONES PERCIBIDOS COMO CONSECUENCIA DEL DELITO PENAL

Monto pagado por el seguro del automóvil \$ _____	<input type="checkbox"/> Dispongo de documentación acreditativa.
Monto pagado por el seguro de hogar \$ _____	<input type="checkbox"/> Dispongo de documentación acreditativa.
Monto pagado por el seguro de propiedad comercial \$ _____	<input type="checkbox"/> Dispongo de documentación acreditativa.
Monto pagado por el seguro médico \$ _____	<input type="checkbox"/> Dispongo de documentación acreditativa.
Monto pagado por la ayuda gubernamental \$ _____	<input type="checkbox"/> Dispongo de documentación acreditativa.
Otras ayudas recibidas \$ _____	<input type="checkbox"/> Dispongo de documentación acreditativa.
Otros (<i>especifique</i>) _____ \$ _____	<input type="checkbox"/> Dispongo de documentación acreditativa.
Compensación/Reembolso Total \$ _____	

Pérdidas Económicas Totales \$ _____ - (menos) Indemnización/Reembolso Total \$ _____ = \$ _____

**Monto de
Restitución a
ser solicitado**

