

**FORMULARIO DE PEDIR RESTITUCIÓN  
(DAÑOS MATERIALES)**

Numero del caso \_\_\_\_\_ Nombre del caso \_\_\_\_\_  
 Nombre de la victima \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Codigo postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_

***Por favor, rellene todos los campos a continuación que se aplique al caso número/nombre indicados anteriormente. Para que usted pueda recibir la restitución de las pérdidas que han sufrido, es importante que usted trata de ser una completa como sea posible.***

| PROPIEDAD DE LA SUYA QUE <u>NO SE HA RECUPERADO</u> (utilice parte trasera o hoja aparte, si sea necesario)  |                 |  |                          |   |
|--|-----------------|--|--------------------------|---|
| Tema o Descripción   | Fecha de compra | Coste de Compra                                    | Justo valor de reventa   | Cantidad que se paga por el seguro            |
| 1.   |                 |  |                          |   |
| 2.   |                 |  |                          |   |
| 3.   |                 |  |                          |   |
| 4.   |                 |  |                          |   |
| 5.   |                 |  |                          |   |
| PROPIEDAD DE LA SUYA QUE HABIA SIDO DAÑADA O DESTRUIDA, POR FAVOR, INCLUYE COPIAS DE TODAS LAS ESTIMACIONES Y FACTURAS (utilice parte trasera o hoja aparte, si sea necesario) |                 |  |                          |   |
| Tema o Descripción   |                 |  | Los gastos de reparación | Cantidad que cubre el seguro                  |
| 1.   |                 |  |                          |   |
| 2.   |                 |  |                          |   |
| 3.   |                 |  |                          |   |
| Compania o agente  |                 | Dirección  |                          | Número de teléfono                            |
| ¿Cuanto a pagado su compania de seguro hasta la fecha? (cantidad y a quién)  |                 | ¿Qué es la cantidad del deducible que haya pagado? |                          |   |
| Que salario, si al caso, se perdió debido a las lesiones físicas como consecuencia del acto criminal y en lo que no pudo trabajar debido a las lesiones?                       |                 | ¿Cómo se calcula la pérdida de salario?            |                          | Nombre del supervisor y el numero de teléfono |
| ¿Cuál es el total de las pérdidas que ha sufrido? Las pérdidas incluyen tanto a Usted y su compañía de seguros.  |                 |  |                          | \$  |

YO, \_\_\_\_\_, certifico que toda la información en este formulario es verdadera y correcta, y reconozco que tengo que declarar en la corte bajo juramento y bajo pena de perjurio, en relación con la información que he proporcionado en este formulario.

Fecha: \_\_\_\_\_, 20 ...

---

Firma de las víctimas/Agente de víctima

**FAVOR DE ENVIAR ESTE FORMULARIO A:**

**City Prosecutors**

**P.O. Box 50220**

**Idaho Falls, ID 83405-0220**

*Este formulario también se pueden encontrar en la Ciudad de Idaho Falls sitio web del Departamento de Abogado de la ciudad.*