

DECLARACIÓN DE IMPACTO DE LA VÍCTIMA

Estados Unidos c. Gunay Yakup, et al.

Nombre de la(s) víctima(s):

Nombre de la persona que llena el formulario si es diferente de la víctima:

Relación a la víctima: _____

Puede utilizar este formulario o escribir su propia carta. Si necesita espacio adicional para responder preguntas en este formulario o proporcionar información adicional no solicitada en el formulario, adjunte una hoja de papel adicional.

IMPACTO FÍSICO

Describa si el delito lo ha afectado físicamente a usted o a la(s) persona(s) que usted representa. Por favor, explique con todo detalle que pueda cómo el crimen ha causado estos impactos físicos. Por ejemplo, la necesidad o expectativa de que usted puede necesitar tratamiento adicional.

IMPACTO EMOCIONAL

Describa cómo el delito lo ha afectado emocionalmente a usted o a la(s) persona(s) que usted representa. Por ejemplo, piense en:

- su estilo de vida, actividades
- sus relaciones con otras personas, como su esposo/a, familia y amistades
- su capacidad para trabajar, asistir a la escuela o estudiar
- sus sentimientos, emociones y reacciones en relación con el crimen y/o el acusado

IMPACTO ECONÓMICO

Describa cómo el delito le ha afectado financieramente a usted o a la(s) persona(s) que usted representa. Por ejemplo, piense en:

- el costo de cualquier gasto médico, terapia o asesoramiento
- cualquier costo o pérdida como resultado del delito que no esté cubierto por el seguro

¿Desea solicitar la restitución? _____ SÍ _____ NO

OTRA INFORMACIÓN QUE DEBE EXAMINAR EL TRIBUNAL

- ¿Qué otra información desea que sepa el juez al considerar qué sentencia imponer?

¿Está representado/a por un abogado? _____ SÍ _____ NO

En caso afirmativo, proporcione el nombre y la información de contacto de su abogado:

¿Ha iniciado un litigio civil o está participando en una demanda colectiva contra el demandado?
_____ SÍ _____ NO

Nombre del caso:

Tribunal:

Número de expediente:

¿Desea asistir a la sentencia? _____ SÍ _____ NO

¿Desea intervenir en la sentencia? _____ SÍ _____ NO

Declaro bajo pena de ley que la información anterior es verdadera y correcta a mi entender.

Firma del nombre de impresión de la víctima

Imprimir Nombre

Dirección

Ciudad y, código postal estatal

Número de teléfono de contacto

Dirección de correo electrónico

FECHA: _____