

Número del Reporte de la Policía # _____

Nombre de la Victima _____

Teléfono (Casa) _____

Dirección _____

(Móvil) _____

(Trabajo) _____

DESEO

NO DESEO

PROCEDER CON RESTITUCIÓN.

Por favor detalle propiedad robada o dañada, o tipos de heridas que haya sustenido. Debe incluir facturas, recibos, o estimados para danos sufridos. Si un recibo no está disponible, imprimir algún recibo de la internet del producto (o similar) es aceptable. Añade hojas/documentos necesarios.

***FALTA DE ENVIAR ESTA HOJA PODRÍA RESULTAR EN QUE NO SE ORDENE RESTITUCIÓN**

Descripción de Perdida/Daño

Cantidad

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

Compañía de Aseguranza _____ Teléfono _____ Deductible \$ _____

Heridas Medicas/Tratamiento

Cantidad

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

Compañía de Aseguranza _____ Teléfono _____ Deductible \$ _____

CANTIDAD TOTAL DE RESTITUCIÓN PEDIDA \$ _____

Someta esta hoja con todas las facturas, recibos o estimados por correo electrónico, fax, o correo postal (devuelva el sobre incluido):

ROBERT W DEPK JUVENILE JUSTICE COMPLEX

Información de Contacto:

Attn: Victims Assistance Restitution Program

847-377-7875 ---Oficina

24647 N. Milwaukee Avenue

847-984-5784 ---Fax

Vernon Hills, IL 60061-1576

VARP@lakecountyil.gov

Esta hoja también está disponible en nuestra página: <https://19thcircuitcourt.state.il.us/1223/10575/Victim-Assistance>