INSTRUCCIONES DE REUBICACIÓN

Por favor lea las instrucciones cuidadosamente. Sírvase proporcionar información completa, incluyendo recibos o comprobantes de gastos para ayudar a VCP en la verificación de su solicitud.

SE REQUIERE: Dependiendo de la necesidad de su reubicación **UNA** de las siguientes comprobaciones se requiere:
(1. Verificación del Proveedor de Salud Mental, o 2. Verificación de Reubicación de Aplicación de la Ley):

1. Reubicación para Seguridad Personal ~ (Verificación de reubicación de Aplicación de la Ley)

Si usted se está mudando por motivos de seguridad, la siguiente documentación **se requiere**:

☐ **Formulario de Verificación de reubicación de Aplicación de la Ley**, o una carta con el membrete de la agencia policial que explica las razones por las que se tiene que mudar para su seguridad personal.

La siguiente es una lista de las agencias de la aplicación de la ley que pueden proporcionar la documentación:

El Fiscal de Distrito, el Departamento de Policía Municipal, el Departamento del Sheriff, la Oficina del Fiscal, el Departamento de Libertad Condicional del Condado, la Agencia de Servicios Sociales, el Departamento de Justicia, el Departamento de Correcciones, el Departamento de la Autoridad Juvenil, el Departamento de la Patrulla de Caminos de California, el Departamento de policía de cualquier Campus de la Universidad de California, la Universidad Estatal de California, o la Universidad de la Comunidad, y todas las agencias del Estado de California expresamente autorizadas por ley para investigar o enjuiciar a los infractores.

2. Mudanza para el Bienestar Emocional ~ (Verificación de Proveedor de Salud Mental)

Si necesita mudarse para su bienestar emocional, la siguiente documentación **se requiere** de su proveedor de salud mental.

☐ **Formulario de Verificación del Proveedor de Salud Mental**, o se puede escribir una carta en lugar del formulario. La carta debe estar escrita en papel membretado del proveedor de salud mental y debe incluir la misma información solicitada en el Formulario de Verificación del Proveedor de Salud Mental.

La siguiente es una lista de proveedores de salud mental que pueden proporcionar la documentación:

Psiquiatra con Licencia, Psicólogo, LCSW, MFT, Psicólogo Registrado, Enfermera Psiquiátrica de Salud Mental, Especialista en Enfermería Clínica. *Una firma del terapeuta supervisor con licencia es necesaria de los siguientes:* Pasante de Psicología, Residente de Psiquiatría, Trabajador Social Asociado, Asistente de Psicología, SA o DV Asesor Colega o cualquier otra persona sin licencia que esté debidamente supervisad.

Documentos adicionales:

☐ ***Hoja de cálculo de Verificación de Gastos de Reubicación** - Por favor, llene y firme la *Hoja de Cálculo de Verificación de Gastos de Reubicación.

☐ ***Verificación de Alquiler/Contrato de Arrendamiento para VCP** - Si usted está solicitando el alquiler o un depósito de seguridad, por favor envíe una copia del contrato de arrendamiento con membrete oficial del propietario, el cual incluya el nombre del propietario, dirección, número de teléfono y número de seguro social. Si usted no tiene un contrato de alquiler puede pedirle al **propietario** que complete el ***Formulario de Verificación de Alquiler de VCP**.

☐ ***Formulario W-9** - Si usted está solicitando que el VCP pague al propietario directamente, el *Formulario W-9 debe ser completado por el propietario, además del contrato de alquiler.

* Estos formularios están disponibles en *www.vcgcb.ca.gov* bajo *publications*

***Si usted ha recibido esta información por correo, los formularios de Beneficios de Reubicación deberían estar incluidos en su paquete. Si no, los formularios se pueden obtener en nuestro sitio web en: *www.vcgcb.ca.gov*. Vaya a *Publications*, luego a la lengüeta *Victim Compensation Forms and Publications* y busque bajo *Relocation Benefit Forms*.**

Envíe los documentos completados a:
Victim Compensation Program
P.O. Box 3036
Sacramento, CA 95812-3036

ESTADO DE CALIFORNIA
Programa de Compensación a Víctimas

APPLICATION ID #:

Verificación de Gastos de Reubicación

Esta hoja se proporciona para ayudarle a demostrar sus gastos de reubicación. Por favor ingrese un **recibo o un formulario de verificación** para cada categoría para la cual usted está solicitando. El personal de VCP debe verificar y revisar los artículos solicitados y recomendar el monto final a pagar.

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE LA PRUEBA DE SU REUBICACIÓN

LOS GASTOS ESTÁN DIRECTAMENTE RELACIONADOS CON EL DELITO

Tipos de gastos y límites El pago total o el reembolso no excederá $2,000*	Monto ($)
Vivienda de alquiler: • Por favor proporcione una copia de su contrato de alquiler/arrendamiento. Usted también puede pedir al propietario que complete el Formulario de Verificación de Alquiler de VCP si usted no tiene un contrato de alquiler.	
Depósitos de servicios públicos:	
Depósito de teléfono y cuota de conexión:	
Alojamiento Temporal:	
Alimentos, ropa y otros artículos personales: • Por favor proporcione los recibos y una declaración explicando las razones por qué estos artículos son gastos necesarios de reubicación como consecuencia directa del delito.	
Otros gastos necesarios: • Por favor proporcione los recibos y una declaración explicando las razones por que estos artículos son gastos necesarios de reubicación como consecuencia directa del delito. Ejemplos de gastos podrían incluir el camión de mudanza/camioneta de alquiler, gastos de combustible, boletos de avión, tarifas de profesionales de empresa de mudanza, etc.	
Total de gastos de reubicación	**$**

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que la información que he proporcionado es verdadera, correcta y completa a lo mejor de mi conocimiento.

Su firma indica que usted ha leído y está de acuerdo con la declaración anterior.

Firma :_____ **Fecha:** _____

Información importante para las Víctimas/Reclamantes de Violencia Doméstica o Agresión Sexual

Cuando la reubicación es para una víctima de agresión sexual o violencia doméstica, el/la reclamante se comprometerá a **no** informar al infractor de la ubicación de la nueva residencia de la víctima y no permitir al delincuente en las instalaciones en cualquier momento, **o** la víctima acordará procurar una orden de restricción contra el delincuente.
_____**(iniciales del(de la) reclamante)**

* Para las solicitudes de reembolso de reubicación de más de $2,000.00, un solicitante **debe** demostrar circunstancias inusuales, graves o excepcionales. El Programa podría solicitar información adicional para justificar que su petición se ajusta a los criterios de las circunstancias inusuales, graves o excepcionales.

STATE OF CALIFORNIA

California Victim Compensation Program (CalVCP)

APPLICATION #

Law Enforcement Relocation Verification Form

▶MUST be Completed by Law Enforcement

This form is for law enforcement to document the threat to the personal safety of the crime victim seeking relocation benefits from the California Victim Compensation Program (CalVCP). This form may be used with or without a letter from law enforcement. If a letter is submitted without this form, it must be on the law enforcement agency's letterhead and contain all of the information requested in this form including signature, title, and badge number (if applicable).

Victim Information

Name:			Phone Number:	
Address	City		State	Zip

Crime Information

Crime Date:	Crime Code:	Crime Report Number:

From the date of the crime to the present, has the victim been in prison, on probation, or on parole because of a felony? ☐ **Yes** ☐ **No**

Is or was it necessary for the victim to relocate for personal safety? ☐ **Yes** ☐ **No**

☐ **Not enough information to determine**

If Yes, besides the elements of the crime, please describe the threat to the victim's **personal safety**:

Is the perpetrator incarcerated? ☐ **Yes** ☐ **No** **If Yes, what is the expected release date?**_____

If Yes, is there still a threat to the victim's safety? ☐ **No** ☐ **Yes – If Yes, please explain the nature of the threat:**

If more than 90 days has passed since the crime, is there still a credible threat to the victim?

☐ **No** – Explain:

☐ **Yes** – If Yes, please explain:

Name of Law Enforcement Official Providing Information (print):		
Agency Name:		Contact Phone Number:
Signature	Badge Number (if applicable)	Date

FOR STAFF USE: If form is not fully completed, contact the LE agency, add the missing information, complete the section below, and have the document scanned in.

Law Enforcement Official Providing Information	Badge Number	Phone Number	
V/W Center Name, Number & Advocate/Staff Completing This Form		Phone Number	Date

STATE OF CALIFORNIA
California Victim Compensation Program (CalVCP)

APPLICATION #

Mental Health Provider Relocation Verification Form

▶ MUST Be Completed by the Mental Health Provider

A statement from the treating mental health therapist is required when a victim of crime is requesting relocation benefits from the California Victim Compensation Program (CalVCP) due to crime-related emotional trauma. This form is to help mental health providers document how the crime affected the victim's emotional well-being. The form may be used with or without a letter from the mental health provider. If a letter is submitted without this form, it must be on the provider's letterhead and contain all the information requested in this form including signature and license number.

Victim Information			
Name		Phone Number	
Address	City	State	Zip
Crime Information			
Crime Date	Type of Crime		
Mental Health Information			
Provider/Organization Name & Address:		License Number/ Expiration Date	

Is the victim currently receiving therapy for this crime? (Yes) (No)

If "No", on what basis are you making your assessment of the victim's need to relocate due to **emotional trauma?**

▶ Is it necessary for the victim to relocate due to emotional reasons directly related to the crime?

❒ **Yes** ❒ **No** ❒ **Not enough information to determine**

▶ Explain why relocation is necessary for the victim's **emotional well-being:**

▶ Describe the consequences if he or she does not relocate:

Important Note! *Psychology Intern, Psychological Assistant, Associate Social Worker, Sexual Assault or Domestic Violence Peer Counselor requires a signature from the licensed supervising therapist.*

Mental Health Provider Name:		Phone Number	
Signature	License Number	Date	

FOR STAFF USE: If Form is not fully completed by the mental health provider, contact the provider, add the missing information, complete the section below and have the document scanned in.

Mental Health Provider Supplying Information	Phone Number	
VW Center Name, Number and Advocate/ Staff Completing This Form	Phone Number	Date

Rev. 08-31-2011

Form **W-9**
(Rev. January 2011)
Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Request for Taxpayer Identification Number and Certification

Give Form to the requester. Do not send to the IRS.

Print or type
See Specific Instructions on page 2.

Name (as shown on your income tax return)

Business name/disregarded entity name, if different from above

Check appropriate box for federal tax classification (required): ☐ Individual/sole proprietor ☐ C Corporation ☐ S Corporation ☐ Partnership ☐ Trust/estate

☐ Limited liability company. Enter the tax classification (C=C corporation, S=S corporation, P=partnership) ▶

☐ Other (see instructions) ▶

☐ Exempt payee

Address (number, street, and apt. or suite no.)

Requester's name and address (optional)

City, state, and ZIP code

List account number(s) here (optional)

Part I Taxpayer Identification Number (TIN)

Enter your TIN in the appropriate box. The TIN provided must match the name given on the "Name" line to avoid backup withholding. For individuals, this is your social security number (SSN). However, for a resident alien, sole proprietor, or disregarded entity, see the Part I instructions on page 3. For other entities, it is your employer identification number (EIN). If you do not have a number, see *How to get a TIN* on page 3.

Social security number

☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

Note. If the account is in more than one name, see the chart on page 4 for guidelines on whose number to enter.

Employer identification number

☐☐ - ☐☐☐☐☐☐☐

Part II Certification

Under penalties of perjury, I certify that:

1. The number shown on this form is my correct taxpayer identification number (or I am waiting for a number to be issued to me), and
2. I am not subject to backup withholding because: (a) I am exempt from backup withholding, or (b) I have not been notified by the Internal Revenue Service (IRS) that I am subject to backup withholding as a result of a failure to report all interest or dividends, or (c) the IRS has notified me that I am no longer subject to backup withholding, and
3. I am a U.S. citizen or other U.S. person (defined below).

Certification instructions. You must cross out item 2 above if you have been notified by the IRS that you are currently subject to backup withholding because you have failed to report all interest and dividends on your tax return. For real estate transactions, item 2 does not apply. For mortgage interest paid, acquisition or abandonment of secured property, cancellation of debt, contributions to an individual retirement arrangement (IRA), and generally, payments other than interest and dividends, you are not required to sign the certification, but you must provide your correct TIN. See the instructions on page 4.

Sign Here **Signature of U.S. person ▶** **Date ▶**

General Instructions

Section references are to the Internal Revenue Code unless otherwise noted.

Purpose of Form

A person who is required to file an information return with the IRS must obtain your correct taxpayer identification number (TIN) to report, for example, income paid to you, real estate transactions, mortgage interest you paid, acquisition or abandonment of secured property, cancellation of debt, or contributions you made to an IRA.

Use Form W-9 only if you are a U.S. person (including a resident alien), to provide your correct TIN to the person requesting it (the requester) and, when applicable, to:

1. Certify that the TIN you are giving is correct (or you are waiting for a number to be issued),

2. Certify that you are not subject to backup withholding, or

3. Claim exemption from backup withholding if you are a U.S. exempt payee. If applicable, you are also certifying that as a U.S. person, your allocable share of any partnership income from a U.S. trade or business is not subject to the withholding tax on foreign partners' share of effectively connected income.

Note. If a requester gives you a form other than Form W-9 to request your TIN, you must use the requester's form if it is substantially similar to this Form W-9.

Definition of a U.S. person. For federal tax purposes, you are considered a U.S. person if you are:

- An individual who is a U.S. citizen or U.S. resident alien,
- A partnership, corporation, company, or association created or organized in the United States or under the laws of the United States,
- An estate (other than a foreign estate), or
- A domestic trust (as defined in Regulations section 301.7701-7).

Special rules for partnerships. Partnerships that conduct a trade or business in the United States are generally required to pay a withholding tax on any foreign partners' share of income from such business. Further, in certain cases where a Form W-9 has not been received, a partnership is required to presume that a partner is a foreign person, and pay the withholding tax. Therefore, if you are a U.S. person that is a partner in a partnership conducting a trade or business in the United States, provide Form W-9 to the partnership to establish your U.S. status and avoid withholding on your share of partnership income.