

# Solicitud

La Comisión de indemnizaciones para víctimas de crímenes de Minnesota



La Comisión de indemnizaciones para víctimas de crímenes de Minnesota proporciona asistencia financiera a las víctimas de delitos violentos y a sus familiares para gastos relacionados al crimen que no pueden ser reembolsados por el seguro u otras fuentes. Los gastos por daños a la propiedad o bienes robados no están cubiertos.

## Instrucciones

**Si necesita ayuda para completar este formulario de solicitud, comuníquese con nuestra oficina o su programa local de asistencia para víctimas. Visite nuestro sitio web para obtener una lista de los programas de asistencia para víctimas. Por favor lea la siguiente información antes de completar el formulario:**

- Escriba claramente y proporcione toda la información que sea posible.
- Envíe la solicitud tan pronto como sea posible. Los documentos adicionales se pueden enviar más tarde.
- Complete un formulario de solicitud por cada víctima.
- Si la víctima es menor de edad, es incapacitada o ha fallecido, un padre, tutor o pariente debe presentar la solicitud en nombre de la víctima.
- Incluya copias de todos los gastos (facturas médicas, recibos, estado de cuenta de seguro) que tenga.
- Complete el formulario W9 (página 5) para la persona que pueda recibir un pago directo.
- Firme y feche la autorización (página 6). El período de tiempo en la sección 15 debe abarcar desde la fecha del crimen hasta el último día del tratamiento previsto.
- Envíe su solicitud de reclamo completada por correo, fax o correo electrónico a la dirección a continuación.

## Requisitos de elegibilidad

- Víctima de un crimen en Minnesota, o es un residente de Minnesota que ha sido víctima en un país que no cuenta con un programa de compensación a las víctimas
- El crimen debe ser informado a la policía dentro de 30 días (excepciones para casos del abuso de menores y asalto sexual)
- El reclamo debe ser presentado dentro de los tres años a partir de la fecha del crimen (aplican algunas excepciones)
- La víctima o reclamante debe cooperar plenamente con la policía y el procesamiento judicial
- Los beneficios pueden ser reducidos o negados si la víctima contribuyó al incidente por su propia conducta o actividad criminal.

\*Hay otros factores no mencionados que podrían hacerlo inelegible para recibir beneficios.

## Gastos cubiertos

- Médico/Dental
- Consejería
- Salarios perdidos
- Funeral/Entierro
- Beneficios a Sobrevivientes
- Gastos varios (ver folleto)

\* Aplican Topes/límites



Office of Justice Programs  
Crime Victims Reparations Board  
445 Minnesota Street, Suite 2300•St. Paul, MN 55101  
651-201-7300•888-622-8799•Fax 651-296-5787•TTY 651-205-4827  
dps.justiceprograms@state.mn.us  
ojp.dps.mn.gov



# SOLICITUD DE INDEMNIZACIONES PARA VÍCTIMAS DE CRÍMENES

<b>Fecha en que se recibió:</b>  (Sólo para uso de la oficina)	Complete y presente a:  Minnesota Crime Victims Reparations Board 445 Minnesota Street, Suite 2300 St. Paul MN 55101-1515 651.201.7300 ó 1.888.622.8799 (línea gratuita) 651.296.5787 (fax) 651.205.4827 (teléfono de texto) dps.justiceprograms@state.mn.us	<b>Número de reclamo:</b>  <b>Especialista en reclamos:</b>  (Sólo para uso de la oficina)
--	--	--

<b>SECCIÓN 1. INFORMACIÓN SOBRE LA VÍCTIMA</b>		Nombre de la persona lesionada o muerta a causa del crimen violento. Complete un formulario de solicitud por cada víctima.	
Nombre de la víctima (apellido, primer nombre e inicial)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Número de Seguro Social Ninguno <input type="checkbox"/>
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Cuál es el idioma preferido de la víctima y/o el reclamante? <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> otro _____		¿La víctima falleció? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Dirección (incluya el N° del apartamento)	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		Correo electrónico	

<b>SECCIÓN 2. INFORMACIÓN SOBRE EL RECLAMANTE</b>	Complete <b>sólo</b> si la(s) persona(s) que presenta la solicitud no es la víctima. Si la víctima es menor de edad, incapacitado o ha fallecido, esta sección debe ser completada por un padre, tutor o pariente.
---	--

<b>Reclamante 1</b>			
Nombre del reclamante (apellido, primer nombre e inicial)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Número de Seguro Social Ninguno <input type="checkbox"/>
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Parentesco con la víctima <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Ex cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro _____		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		Correo electrónico	

<b>Reclamante 2</b>			
Nombre del reclamante (apellido, primer nombre e inicial)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Número de Seguro Social Ninguno <input type="checkbox"/>
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Parentesco con la víctima <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Ex cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro _____		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		Correo electrónico	

<b>SECCIÓN 3. FUENTE DE REFERENCIA</b>	¿Cómo se enteró del programa de indemnizaciones?		
<input type="checkbox"/> Fiscal/Procurador	<input type="checkbox"/> Hospital/Clínica	<input type="checkbox"/> Programa de asalto sexual	<input type="checkbox"/> Funeraria
<input type="checkbox"/> Programa de abuso doméstico	<input type="checkbox"/> Policía	<input type="checkbox"/> Servicios sociales, clérigo o escuela	<input type="checkbox"/> Página web
	<input type="checkbox"/> Libertad condicional	<input type="checkbox"/> Programa de asistencia a las víctimas	<input type="checkbox"/> Otro _____

<b>SECCIÓN 4. INFORMACIÓN DEL CRIMEN</b>	Fecha del crimen	Fecha reportado	Condado donde ocurrió el crimen
Departamento de policía	Número del reporte de policía		Nombre del oficial investigador
¿Involucró el crimen? <input type="checkbox"/> Violencia familiar <input type="checkbox"/> Acoso escolar <input type="checkbox"/> Abuso de anciano <input type="checkbox"/> Crimen de odio <input type="checkbox"/> Violencia masiva			
Tipo de crimen (marque todas las que correspondan):			
<input type="checkbox"/> Agresión/Asalto	<input type="checkbox"/> Agresión sexual de adulto	<input type="checkbox"/> Secuestro	<input type="checkbox"/> Incendio provocado
<input type="checkbox"/> Homicidio	<input type="checkbox"/> Abuso físico de menores	<input type="checkbox"/> DWI (Manejar bajo influencia)	<input type="checkbox"/> Robo domiciliario
<input type="checkbox"/> Robo	<input type="checkbox"/> Abuso sexual de menores	<input type="checkbox"/> Otro crimen vehicular	<input type="checkbox"/> Fraude/crimen financiero
	<input type="checkbox"/> Pornografía infantil	<input type="checkbox"/> Acecho	<input type="checkbox"/> Terrorismo
	<input type="checkbox"/> Tráfico humano	<input type="checkbox"/> Otro	
Describa brevemente el crimen y las lesiones. Adjunte páginas adicionales si es necesario.			
Nombre(s) del/de los agresor(es) (si se conoce)			Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
			Fecha de nacimiento

<b>SECCIÓN 5. INFORMACIÓN DE REPORTE FEDERAL</b>	La siguiente información es <b>voluntaria</b> y se utiliza sólo para propósitos estadísticos para cumplir con normas federales.		
Etnicidad de la víctima:	<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Multirracial	País de nacimiento
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro	¿La víctima estaba incapacitada antes de la fecha del crimen? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Blanco	

<b>SECCIÓN 6. INFORMACIÓN AUTORIZADA DE CONTACTO</b>	Su reclamo es confidencial. Si quiere dar permiso a alguien (padre/madre, cónyuge, trabajador social) para hablar de su reclamo con la Comisión, debe enumerar su información a continuación.		
Nombre	Parentesco con usted	Teléfono	
Nombre	Parentesco con usted	Teléfono	

<b>SECCIÓN 7. REPRESENTACIÓN POR PARTE DE OTROS</b>	La Comisión está autorizada a revelar información privada y confidencial sobre este reclamo a los representantes que se enumeran a continuación.				
<b>INFORMACIÓN DE ABOGADO</b>			<b>INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA A LAS VÍCTIMAS</b>		
¿Está usted representado en este asunto por un abogado privado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			¿Está usted trabajando con un defensor de víctimas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Nombre del abogado			Nombre del defensor/intercesora		
Firma de abogados			Programa de asistencia a las víctimas		
Dirección			Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Fax		Teléfono	Fax	

<b>SECCIÓN 8. OTRAS FUENTES DE PAGO</b>	Todas las facturas deben presentarse primero a su compañía de seguro para el pago. La Comisión no pagará si usted no utiliza otras fuentes que tiene a su disposición.			
¿Contaba con seguro u otra fuente de pago para cubrir los gastos relacionados con el crimen? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
Marque todas las que correspondan:				
<input type="checkbox"/> Seguro médico	<input type="checkbox"/> Seguro de propietario de vivienda	<input type="checkbox"/> Asistencia médica (MA)	<input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos	
<input type="checkbox"/> Seguro dental	<input type="checkbox"/> Discapacidad a largo/corto plazo	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Compensación laboral	
<input type="checkbox"/> Seguro automotor	<input type="checkbox"/> Seguro social por discapacidad	<input type="checkbox"/> MNSure	<input type="checkbox"/> Otro _____	
<b>Complete los datos para todas las fuentes adicionales que pueden pagar los gastos relacionados con el crimen o adjunte una copia de la tarjeta de seguro.</b>				
Compañía de seguro	Dirección	Teléfono	Póliza	Grupo
Compañía de seguro	Dirección	Teléfono	Póliza	Grupo
Compañía de seguro	Dirección	Teléfono	Póliza	Grupo
<b>ADJUNTE LA EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO PARA TODOS LOS PAGOS Y/O NEGACIONES</b>				

<b>SECCIÓN 9. PÉRDIDA DE INGRESOS</b>	Complete sólo si la víctima o el reclamante perdió sus ingresos debido a lesiones causadas por el crimen y está buscando recuperar ingresos perdidos. Primero debe utilizarse todo el período de licencia (por vacaciones, enfermedad).
---------------------------------------	---

<b>Información de empleo de la víctima</b>				
¿Estaba empleada la víctima el día del crimen? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Trabajaba por cuenta propia cuando ocurrió el crimen? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí En caso afirmativo, presente una copia de la última declaración del impuesto.		Su ocupación/cargo	
Nombre de la empresa del empleador	Nombre del supervisor	Teléfono	Fax	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Primera día que faltó	Fecha cuando regresó al trabajo	¿Ocurrió el crimen mientras que la víctima estaba en el trabajo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
¿Recibió algún beneficio por el tiempo perdido de trabajo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Compensación laboral <input type="checkbox"/> Licencia por enfermedad <input type="checkbox"/> Pago de vacaciones <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____				
Médico/consejero que pueda verificar la discapacidad	Hospital/Clínica		Dirección	

<b>Información de empleo del reclamante (Si hay más de uno, adjunte una hoja separada con toda la información requerida)</b>				
Nombre del reclamante	¿Trabajaba por su cuenta propia en la fecha del crimen? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí En caso afirmativo, presente una copia de la última declaración del impuesto.			
Nombre de la empresa del empleador	Teléfono	Fax	Su ocupación/cargo	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Primera día que faltó	Fecha cuando regresó al trabajo	¿Por qué faltó al trabajo? <input type="checkbox"/> Para brindar atención a la víctima <input type="checkbox"/> Citas médicas/consejería <input type="checkbox"/> Daño emocional del crimen		
¿Recibió algún beneficio por el tiempo perdido de trabajo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Compensación laboral <input type="checkbox"/> Licencia por enfermedad <input type="checkbox"/> Pago de vacaciones <input type="checkbox"/> Luto/duelo <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____				

<b>SECCIÓN 10. GASTOS MÉDICOS Y DENTALES</b>		Enumere los proveedores de salud que trataron las lesiones relacionadas con el crimen, incluyendo farmacias. Adjunte facturas y recibos si están disponibles. <b>También debe enumerar los proveedores en la autorización (página 6).</b>	
Proveedor	Dirección	Teléfono	
Proveedor	Dirección	Teléfono	
Proveedor	Dirección	Teléfono	
Proveedor	Dirección	Teléfono	

<b>SECCIÓN 11. GASTOS DE TERAPIA DE SALUD MENTAL</b>		Enumere los proveedores de salud mental que trataron a la víctima y/o el reclamante. Adjunte facturas y recibos detallados, si están disponibles. <b>También debe enumerar los proveedores en la autorización (página 6).</b>	
Paciente	Consejero/Clínica	Dirección	Teléfono
Paciente	Consejero/Clínica	Dirección	Teléfono
Paciente	Consejero/Clínica	Dirección	Teléfono

**COMPLETE LAS SECCIONES 12 y 13 SÓLO SI LA VÍCTIMA FALLECIÓ COMO CONSECUENCIA DEL CRIMEN**

<b>SECCIÓN 12. GASTOS FUNERARIOS</b>		Enumere todas las funerarias/cementerios que prestaron servicios. Adjunte copias de los contratos funerarios y de entierro, si están disponibles. Adjunte recibos si usted tuvo gastos de viaje/alojamiento para asistir al funeral.	
Funeraria/Cementerio	Dirección	Teléfono	
Funeraria/Cementerio	Dirección	Teléfono	

<b>SECCIÓN 13. PÉRDIDA DEL RESPALDO ECONÓMICO PARA LOS DEPENDIENTES DE LAS VÍCTIMAS FALLECIDAS</b>		Los beneficios por la pérdida del respaldo económico se pagan a los dependientes (cónyuge/pareja, hijos menores) de la víctima fallecida. El tutor legal debe presentar un reclamo en nombre del hijo menor de edad.	
¿La víctima brindaba respaldo económico a un cónyuge/pareja en el momento de su muerte? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
Nombre del cónyuge/pareja	Dirección	Teléfono	
¿La víctima tiene hijos dependientes menores de 18 años? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
Hijo/a	Tutor	Dirección	Teléfono
Hijo/a	Tutor	Dirección	Teléfono
Hijo/a	Tutor	Dirección	Teléfono

# FORMULARIO ALTERNATIVO W-9

Nombre (escriba su nombre claramente en letra imprenta): \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

**DE: LA COMISION DE INDEMNIZACIONES PARA VÍCTIMAS DE CRIMENES**

**ASUNTO:** Solicitud de información del contribuyente.

El propósito de este formulario es para obtener y verificar su nombre y número del contribuyente correctos.

Favor de completar puntos 1, 2 y 3 a continuación.

1. Marque a continuación su estado civil para efectos de la declaración de impuestos y escriba su número del seguro social o número de identificación de empleador. Si se le había otorgado a usted un número del contribuyente directamente del estado de Minnesota, escríbalo en el espacio provisto.

Si usted ha solicitado recientemente un número de contribuyente, escriba "Solicitado" en el espacio para el número.

<input checked="" type="checkbox"/> SSN de uso individual <input type="checkbox"/> Empresa en Propiedad Exclusiva: Use SSN o FEIN <input type="checkbox"/> Corporación: Use FEIN <input type="checkbox"/> Corporación S <input type="checkbox"/> Asociación Legal: Use FEIN <input type="checkbox"/> Organización excluida del impuesto: Use FEIN e indique el número de la sección del IRS bajo la cual reclama la excepción: _____ <input type="checkbox"/> Otro: Favor de explicar en el lado reverso y proveer un número de identificación de impuesto.	<p><b>(Escriba su número de seguro social, ITIN, o escriba "ninguno.")</b></p> <p>____ -- ____ -- ____  <b>NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN)</b></p> <p>____ -- ____  <b>NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR (FEIN)</b></p> <p>_____  <b>NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA DE MINNESOTA (ITIN, SI LO TIENE)</b></p>
---	--

2. Escriba en letra imprenta el nombre de la persona a quien pertenece el número de identificación de empleador o numero del contribuyente escrito en la parte de arriba

3. Certificación: Bajo pena de perjurio, certifico que el número suministrado en este formulario es mi número del contribuyente correcto.

Firma: \_\_\_\_\_ N° de teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**AVISO DE LA LEY DE PRIVACIDAD - Sección 6109 del código de IRS requiere que usted provea su número del contribuyente correcto a las instituciones que emiten pagos y deberán presentar declaraciones de información ante el IRS. El IRS usa esta información al fin de identificación, y para verificar la veracidad de su declaración de impuestos.**

<b>FOR MMB USE ONLY</b>	<b>TYPE</b>	<b>IND</b>	<b>TIN</b>	<b>USED</b>

## COMPLETE LAS SECCIONES 15 Y 18

### SECCIÓN 14. CESIÓN DE LOS DERECHOS DE SUBROGACIÓN

Acepto que la Comisión se subroga en la medida de las indemnizaciones otorgadas y a todos mis derechos de obtener beneficios por la pérdida económica provenientes de otra fuente. Cedo tales derechos a la Comisión para que ésta pueda proteger su propósito de subrogación. Acepto informar a la Comisión por escrito si entablo una demanda legal (litigio) civil o recibo dinero en concepto de restitución en relación con el crimen.

### SECCIÓN 15. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REVELAR INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Doy mi consentimiento para que se revelen todos los expedientes de atención médica del paciente \_\_\_\_\_, fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, incluidos los expedientes sobre consumo de alcohol o drogas y tratamiento psiquiátrico, a la Comisión de Indemnizaciones para Víctimas de Crímenes en Minnesota, cualquiera haya sido el proveedor de servicios de tratamiento médico y de salud mental, incluidos pero no limitados a los proveedores que se enumeran a continuación. Autorizo al personal de CVRB para completar esta sección en mi nombre, si fuese necesario.

1.	2.	3.	4.
5.	6.	7.	8.
9.	10.	11.	12.

El consentimiento para revelar la información del paciente cubre el período de tiempo desde:    /    /    hasta:    /    /

### SECCIÓN 16. AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y REVELAR INFORMACIÓN

Autorizo a cualquier agencia encargada del cumplimiento de la ley, empleador, compañía de seguro, agencia de servicios sociales, programa de defensa a las víctimas, fiscalía del condado, estatal o federal o a cualquier otra agencia gubernamental local, estatal o federal a revelar todos los expedientes y la información que la Comisión determine de utilidad para decidir mi elegibilidad o nivel de beneficios en este reclamo. Autorizo específicamente al Departamento de Ingresos de Minnesota (*Minnesota Department of Revenue*) a divulgar una copia de mis declaraciones de impuestos a la Comisión con el propósito de determinar mi salario perdido.

Doy mi autorización a la Comisión de Indemnizaciones para Víctimas de Crímenes en Minnesota para que revele la información privada y confidencial sobre mi reclamo al administrador judicial, el abogado y a cualquier oficial de la corte y los agentes de libertad condicional, con el propósito de evaluar el impacto económico que tuvo el crimen sobre mi persona y así determinar el monto que el agresor deberá pagar en calidad de restitución.

Autorizo a la Comisión a revelar la información privada y confidencial sobre mi reclamo a un administrador local del Fondo de Emergencia a los efectos de coordinar los beneficios.

### SECCIÓN 17. VARIOS CONSENTIMIENTOS/ACUERDOS

Acuerdo que las indemnizaciones recibidas podrán pagarse directamente al proveedor del servicio en mi nombre.

Comprendo que la autorización de la divulgación de información médica es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No es obligatorio que firme este formulario para asegurarme de que recibiré tratamiento de un proveedor de atención médica.

Comprendo que mi negación a proporcionar información o a permitir el acceso a la información necesaria para analizar mi reclamo puede provocar la negación de mi reclamo.

Entiendo que cualquier divulgación de la información presenta la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y la nueva divulgación de información médica protegida podría no estar protegida por las normas de privacidad federales.

Este consentimiento tendrá vigencia por un año desde la fecha de mi firma. Autorizo la divulgación de los expedientes médicos creados después de la fecha de mi firma a continuación. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una notificación por escrito a la Comisión. Tal revocación no se aplicará a la información que ya haya sido revelada en respuesta a esta autorización.

**Una fotocopia de este formulario de consentimiento se aceptará como el documento original.**

### SECCIÓN 18. FIRMAS DE LA VÍCTIMA Y EL RECLAMANTE

La víctima debe firmar y escribir la fecha en el formulario de reclamo. Si la víctima ha fallecido, es menor de dieciocho años o es un adulto incapacitado, el reclamante debe firmar y fechar el formulario de reclamo.

**He leído y comprendo las declaraciones de las secciones 14 a 17 que se describen anteriormente. Por medio del presente, certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que es un delito menor grave presentar deliberadamente un reclamo falso.**

Firma de la víctima/el paciente	Nombre de la víctima/el paciente en letra de imprenta	Fecha de nacimiento	Fecha de la firma
Firma del reclamante 1	Nombre del reclamante en letra de imprenta	Fecha de nacimiento	Fecha de la firma
Firma del reclamante 2	Nombre del reclamante en letra de imprenta	Fecha de nacimiento	Fecha de la firma
Parentesco del reclamante 1 con la víctima	Parentesco del reclamante 2 con la víctima	Motivo por el que la víctima no puede firmar <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Menor de edad <input type="checkbox"/> Adulto incapacitado	