

A large, stylized letter 'i' is positioned on the left side of the page. The dot of the 'i' is a light green circle. The stem of the 'i' is a light green vertical bar that tapers slightly towards the bottom. The text 'Victim Impact Statement' is overlaid on the right side of the 'i' stem.

Victim Impact Statement

Declaración
de Impacto
de la Víctima

VICTIM IMPACT STATEMENT

The information in this statement will be used at each phase of the criminal justice system to show the impact of this crime on you and your family. Please answer as many questions as possible.

PSYCHOLOGICAL IMPACT

(1) Crimes may cause emotional injuries as well as physical ones. The following list represents some reactions people have had after experiencing a crime. Please check all the reactions you have experienced. Please feel free to add any comments.

- | | | | |
|---|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Loss of Sleep | <input type="checkbox"/> Divorce | <input type="checkbox"/> Want to be alone | <input type="checkbox"/> Feelings of Helplessness |
| <input type="checkbox"/> Nightmares | <input type="checkbox"/> Anger | <input type="checkbox"/> Fear of strangers | <input type="checkbox"/> Family not as close |
| <input type="checkbox"/> No trust in anyone | <input type="checkbox"/> Anxiety | <input type="checkbox"/> Cry more easily | <input type="checkbox"/> Lack of Concentration |
| <input type="checkbox"/> Loss of appetite | <input type="checkbox"/> Job Stress | <input type="checkbox"/> Fear of being alone | <input type="checkbox"/> School stress |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Lost job | <input type="checkbox"/> Other: _____ | |

(2) How has this crime affected you, your family and those close to you? Please feel free to discuss your feelings, thoughts, and general well-being. Please bear in mind that the facts of the case are available to us in police reports. We are interested in your thoughts. Additional space may be found on page 7 or attach additional pages if necessary.

DECLARACIÓN DE IMPACTO DE LA VICTIMA

La información en esta declaración será usada en cada una de las fases del sistema criminal de justicia para mostrar el impacto que este crimen causó a usted y a su familia. Por favor conteste la mayor cantidad de preguntas posible.

IMPACTO PSICOLÓGICO

(1) Los crímenes pueden causar daño emocional, así como psicológico. La siguiente lista representa algunas de las reacciones que la gente experimenta después de haber sido parte de un crimen. Por favor marque todas las reacciones que usted ha experimentado y agregue cualquier comentario que usted sienta necesario.

- | | | | |
|-------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ira | <input type="checkbox"/> Falta de Apetito | <input type="checkbox"/> Falta de Sueno | <input type="checkbox"/> Sentimiento de Impotencia |
| <input type="checkbox"/> Pesadillas | <input type="checkbox"/> Estrés en el Trabajo | <input type="checkbox"/> Miedo a la Soledad | <input type="checkbox"/> Distanciamiento Familiar |
| <input type="checkbox"/> Divorcio | <input type="checkbox"/> Desempleo | <input type="checkbox"/> Lloro Fácilmente | <input type="checkbox"/> Falta De Concentración |
| <input type="checkbox"/> Soledad | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Miedo a extraños | <input type="checkbox"/> Estrés en la Escuela |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Falta De Confianza en otros | <input type="checkbox"/> Otros: _____ | |

(2) ¿Como le ha afectado este crimen a usted y a su familia, así como a aquellos cercanos a usted? Discuta sus sentimientos, pensamientos y su estado emocional en general. Tenga en cuenta que los hechos de este caso están disponibles para nosotros por medio de los reportes policíacos. Nos interesa lo que usted piense. Espacio adicional se encuentra en la pagina 7 o si prefiere adjunte páginas adicionales.

C O N F I D E N C I A L

ECONOMIC LOSS

(3) We know that crime can hurt you and your family more than just emotionally or physically. Please tell us about your other losses here, including lost wages, property damage, medical bills and counseling expenses.

Type of Loss	Cost to Date	Expected Costs
Loss of Income	\$ _____	\$ _____
Property Loss or Damage	\$ _____	\$ _____
Doctor/Hospital Bills	\$ _____	\$ _____
Funeral Expenses	\$ _____	\$ _____
Counseling Expenses	\$ _____	\$ _____
Emergency Transportation	\$ _____	\$ _____
Crime Scene Cleanup	\$ _____	\$ _____
Moving Expenses	\$ _____	\$ _____
Credit Card Abuse/Loss	\$ _____	\$ _____
Bad Checks/Loss	\$ _____	\$ _____
Covered by Insurance	\$ _____	\$ _____
Other Expenses (Explain)		
_____	\$ _____	\$ _____

If copies of receipts, bills or canceled checks are available, please attach.

If copies of photos are available, please attach.

Have you applied for Crime Victim Compensation?
 Yes No

If yes, amount received:
 \$ _____

Although Crime Victim Compensation is not available to cover property damage or property loss, the judge may order restitution from the defendant to cover those losses. The information above will be used to estimate those

PERDIDA ECONÓMICA

(3) Sabemos que el crimen le puede afectar a usted y a su familia más que emocional y físicamente. Por favor infórmenos aquí sobre cualquier otra pérdida, incluyendo pérdida de salario, daño a su propiedad, cuentas médicas y gastos de consejería.

Tipo de Perdida	Costo a la Fecha	Costo Esperado
Pérdida de Ingresos	\$ _____	\$ _____
Perdida o Danos a Propiedad	\$ _____	\$ _____
Gastos Médicos/Hospital	\$ _____	\$ _____
Gastos Funerarios	\$ _____	\$ _____
Gastos de Conserjería	\$ _____	\$ _____
Transporte de Emergencia	\$ _____	\$ _____
Limpieza en la Escena del Crimen	\$ _____	\$ _____
Gastos de Mudanza	\$ _____	\$ _____
Perdida /Abuso de Tarjeta de Crédito	\$ _____	\$ _____
Cheques Sin Fondos	\$ _____	\$ _____
Cantidad Cubierta por Seguro	\$ _____	\$ _____
Otros Gastos Explique:		
_____	\$ _____	\$ _____

Si cuenta con copias de recibos, facturas o cheques cancelados, por favor adjúntelos.

Si cuenta con fotografías, por favor adjúntelas.

¿Ah usted hecho aplicación para Compensación para las Víctimas del Crimen?
 Si No

De ser así, registre la cantidad recibida:
 \$ _____

Aunque la Compensación a las Víctimas no cubre daño a propiedad, o pérdida de propiedad, el juez puede ordenar la restitución por parte del acusado para cubrir dichas pérdidas. La información anterior será utilizada para estimar esas cantidades.

PHYSICAL INJURY

(4) Please indicate the treatment needed. Include a doctor's statement, if you wish.

- Treatment at the crime scene only
- Treated at a medical center
- Hospitalization for _____ days
- Still receiving treatment for injuries
- Now unable to earn a living
- Other: _____

We know how hard it is for you to recall details of any physical injuries caused by this crime, but we need to know how this crime has affected you emotionally as well as physically. Briefly describe any physical injuries suffered as a result of this crime. If you need to talk to one of our victim advocates in person about this, please call 546-2091.

Thank you for taking the time to fill out this Victim Impact Statement. Please return it to us in the enclosed, self-addressed, stamped envelope.

The information in this statement is true and correct to the best of my knowledge.

Print Name

Signature

Date

Information submitted by:

- Victim Parent/Guardian Other

LESIONES FÍSICAS

(4) Por favor indique el tratamiento necesario. Si desea puede incluir una carta de su médico.

- Tratamiento en la escena del delito únicamente
- Tratamiento en el centro médico
- Hospitalización por _____ días
- Aún me encuentro recibiendo tratamiento por mis lesiones
- Ahora imposibilitado para trabajar
- Otro: _____

Sabemos lo difícil que es para usted el recordar los detalles de las heridas causadas por el crimen, pero necesitamos saber la manera en que el crimen le ha afectado emocional y físicamente. Describa brevemente las heridas físicas sufridas. Si usted necesita hablar en persona con alguno de nuestros representantes, por favor llame al 546-2091.

C O N F I D E N C I A L

Gracias por tomarse el tiempo para llenar esta Declaración de Impacto de la Víctima. Por favor regrésela en el sobre timbrado adjunto, el cual ya lleva nuestra dirección.

Escriba su nombre

Firma

Fecha

Información proporcionada por:

Víctima

Padre/Guardián

Otra Persona

Additional Space/Espacio Adicional:

The following is for victims of adult offenders incarcerated in the Texas Department of Criminal Justice (TDCJ) and juvenile offenders that are transferred from a Texas Youth Commission correctional facility to the TDCJ:

(1) If you want to be notified by TDCJ-VSD and the offender of the crime is in TDCJ custody/supervision (for parole), then it is your responsibility to maintain current contact information with the Texas Department of Criminal Justice-Victim Services Division, who can be contacted toll-free at 800/848-4284.

(2) The victim of a crime has the right to contact a voting member of the Texas Board of Pardons and Paroles prior to parole decisions. This request should be made through the Texas Department of Criminal Justice-Victim Services Division, after the offender is sentenced to TDCJ.

C O N F I D E N C I A L

VICTIM INFORMATION

Your information is very important to us. If any of the information below is incorrect or missing, please cross out the incorrect information and correct below:

Would you like to be informed about relevant court proceedings and procedures in this case? Yes No

Victim's Information:

(Last Name) (First Name) (Middle)

(Street) (City) (State) (Zip)

Home Phone: _____ Work Phone: _____

Cell Phone: _____ Date of Birth: _____

Student: Yes No Sex: Male Female

Name of School /Employment:

Social Security Number:

Driver's License Number:

Emergency Contact:

Relationship:

Address: (Street) (City) (State) (Zip)

Phone Number:

Defendant:		
Def DOB:	Court Number:	District Clerk
Cause Number:		
Agency Number:		
Offense:		

INFORMACIÓN DE LA VICTIMA

Su información es muy importante para nosotros. Si cualquiera de la información a continuación es incorrecta o no se ha proporcionado, por favor márkela y proporcione la información correcta:

¿Le gustaría que le informaran sobre las audiencias importantes y el proceso en este caso? Si No

Información sobre la Víctima

 (Last Name/Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)

 (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

 (Teléfono de la casa) (Teléfono del Trabajo)

 (Teléfono Celular) Fecha de Nacimiento

Estudiante: Si No

Sexo:

Masculino

Femenino

 Nombre de la Escuela/Empleo

 Número de Seguro Social

 Número de Licencia de Manejar

 Contacto de Emergencia

 Relación

 Dirección: (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

 Número Telefónico

Acusado:			
Fecha de Naciendo:	Corte Numero	District Clerk	
Causa Numero			
Numero de la Agencia:			
Delito:			

Victim's Assistance Program
Office of the District Attorney,
Jaime Esparza



Programa de Asistencia a las
Víctimas
Oficina del Procurador, Jaime
Esparza

