

Jeffrey M. Dorocak
Fiscal de la Ciudad
Carly M. Helbert
Asistente del Fiscal de la Ciudad

CIUDAD DE LAS VEGAS

OFICINA DE FISCALES
DIVISION CRIMINAL



Direccion de Envio:
P.O. Box 3930
Las Vegas, Nevada
89127

Telefono: (702) 229-2525

Correo Electronico:
LVCAVW@LasVegasNevada.GOV

**Solicitud de Restitución NO va ser considerado
sin recibir los documentos apropiados
... No Hay Excepciones.**

**Envie forma completa directamente por correo o correo electronico
Para preguntas llame al numero (702) 229-2525**

SOLICITUD PARA RESTITUCIÓN

(Sera pagado por el acusado en cuanto sea ordenado por la corte)

Fecha: _____

Número de Caso: _____ Nombre del Acusado: _____

Nombre de Víctima: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código

Postal: _____

Número de Teléfono(s): _____

Correo Electronico: _____

Si incurrió en gastos médicos o daños/pérdidas a la propiedad como resultado del delito, proporcione a esta oficina información para respaldar su reclamo. **COPIAS** de facturas o presupuestos para respaldar su reclamo. Usted **no** puede solicitar dinero por dolor y sufrimiento y salarios perdidos; **SOLAMENTE gastos de su bolsillo/actual perdida financiera. No pueden exceder la cantidad maxima de \$2,500.00**

Deducible de Seguro	\$ _____
Seguro Medico Co-pagos	\$ _____
Factura Medicas (hospital, Doctor, etc.)	\$ _____
Daños a Propiedad o Perdidas	\$ _____
Otro (por favor explique)	\$ _____

Yo estoy solicitando restitución en la CANTIDAD TOTAL DE \$ _____

Firma

Por favor regrese inmediatamente.

*****Por favor notifique a nuestra oficina si su dirección y/o número de teléfono a cambiado**