



FORMULARIO DE RECLAMO PARA LA VÍCTIMA DEL FONDO DE ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DEL TIROTEO EN HIGHLAND PARK

Respetamos su privacidad y asumimos el compromiso de protegerla de acuerdo con nuestra Política de privacidad (disponible en July4Fund.org).

Trataremos la información personal que nos proporcionase como confidencial. Al proporcionar su número de teléfono móvil, da su consentimiento para recibir mensajes SMS de Together Highland Park Unidos.

Si necesitara asistencia para completar este formulario, comuníquese con:

Teléfono: (773) 733-0650

Correo electrónico: info@July4Fund.org

1. Cómo comenzar

Marque el casillero que mejor reflejase su situación:

- Reclamo por una víctima fallecida o una víctima que sufrió una Lesión física catastrófica permanente, según se describe en el Protocolo definitivo, como resultado del tiroteo en el Desfile de celebración del 4 de julio en Highland Park (requiere que se complete el Anexo A o B, según correspondiese, adjunto).
- Reclamo por una víctima que sufrió una lesión física que requirió hospitalización durante una noche como resultado del tiroteo en el Desfile de celebración del 4 de julio en Highland Park (requiere una Carta del hospital como paciente hospitalizado, se adjunta modelo).
- Reclamo por una víctima que sufrió una lesión física tratada en un hospital, centro médico o por un profesional médico en forma ambulatoria como resultado del tiroteo en el Desfile de celebración del 4 de julio en Highland Park (requiere la Carta del hospital como paciente ambulatorio, se adjunta modelo).

2. Información de la víctima

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Dirección, calle 1: _____

Dirección, calle 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

País (si no fuese los Estados Unidos de Norteamérica): _____

Teléfono principal: _____ Teléfono secundario (si correspondiese): _____

Dirección de correo electrónico (si correspondiese): _____

¿Cuál es el mejor medio para comunicarnos con usted?

- Mensaje de texto Correo electrónico Llamada telefónica
- Correo postal a la dirección indicada anterior (tenga en cuenta que esto puede demorar nuestras comunicaciones con usted)
- Teléfono o correo electrónico de un familiar:

Nombre del familiar y relación: _____

Número de teléfono o correo electrónico: _____

Tenga a bien enviar este formulario junto con toda la documentación de respaldo:

Por correo electrónico a: info@July4Fund.org

Por correo postal a: Highland Park Community Foundation, P.O. Box 398, Highland Park, IL 60035

Por entrega en mano a: Highwood Public Library, 102 Highwood Avenue, Highwood, IL 60040

El Formulario de reclamo debe entregarse o enviarse por correo electrónico antes de las 5:00 p. m., hora de la región central (Central, Time, CT), del día 7 de septiembre de 2022 o, en caso de enviarse por correo postal, debe tener fecha de franqueo postal anterior al 7 de septiembre de 2022.

3. Persona que completa el Formulario de reclamo (si no fuese la víctima)

- A. Si el reclamo comprendiese a una víctima fallecida, proporcione nombre, dirección y número de teléfono de la persona que realiza este reclamo y especifique el carácter en el que realiza el reclamo.

El representante personal legalmente autorizado para administrar la sucesión debe presentar el Formulario de reclamo. Adjunte el comprobante del carácter en que actúa dicho representante del tribunal pertinente con jurisdicción en la materia. En tanto no se presentase un comprobante satisfactorio del carácter que revistiese dicho representante, los Administradores del fondo retendrán los fondos o depositarán los fondos en el tribunal pertinente con jurisdicción en la materia, los cuales quedarán retenidos en una cuenta separada y se los distribuirá tras el dictado de una resolución, de conformidad con una orden judicial válida.

- B. Si el Reclamante fuese un menor o, de otro modo, está sujeto a tutela legal, proporcione nombre, dirección y número de teléfono de la persona que presenta este reclamo por el Reclamante. Para los reclamos de menores o, de otro modo, sujetos a tutela legal, adjunte el comprobante de carácter en que actúa el representante como, por ejemplo, certificado de nacimiento, poder, tutela, nombramiento como tutor ad litem, padre en ejercicio de la custodia u otro equivalente.

Relación con la víctima (debe completarse solo si otra persona que no fuese la víctima completa el formulario):

- Cónyuge
 Menor
 Padre/madre/tutor legal
 Abogado
 Otro (por favor, describa): _____

Nombre del representante legal: _____ Segundo nombre: _____

Apellido: _____

Firma (si el abogado completase el formulario): _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Dirección, calle 1: _____

Dirección, calle 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

País (si no fuese los Estados Unidos de Norteamérica): _____

Teléfono principal: _____ Teléfono secundario: _____

Dirección de correo electrónico: _____

4. Documentación de respaldo (marque una opción)

He adjuntado la documentación que sigue, según correspondiese:¹

- Comprobante de representación legal (si tuviese la representación de un abogado, proporcione una copia del Acuerdo de contratación firmado tanto por el abogado como por el Reclamante)
- Comprobante de nombramiento del representante (si el formulario se completase por una víctima fallecida o en nombre de una víctima, según se describe en la sección 3)
- Otro tipo de información y evidencia requeridos por el punto 3.A. anterior en lo que respecta a una víctima fallecida (use el Anexo A adjunto)
- Información y evidencia requeridos por el punto 3.B. anterior, en lo que se refiere a una persona que actúa como tutor legal
- Declaración del hospital o médica en caso de haber recibido tratamiento en una sala de emergencias o haber sido ingresado en un hospital por lesiones físicas como resultado del tiroteo en el Desfile de celebración del 4 de julio en Highland Park

La Declaración del hospital o médica debe portar el membrete oficial del hospital o proveedor de atención médica en la que se confirmase: i) la fecha del tratamiento en la sala de emergencias u otro centro médico o de admisión en un hospital; ii) la fecha de alta de la sala de emergencias, hospital u otro centro médico y iii) la lesión fue producto del tiroteo en el Desfile de celebración del 4 de julio en Highland Park.

- Carta firmada del Profesional médico, en caso de haber sido tratado como paciente ambulatorio por una lesión física sufrida en el tiroteo del Desfile de celebración del 4 de julio en Highland Park
Si un reclamante con una lesión física hubiese recibido tratamiento de un profesional médico fuera de un hospital o centro médico, debe incluir una carta firmada por el profesional que confirmase: i) el nombre del profesional médico, su información de contacto y el número de licencia médica pertinente; ii) la fecha de tratamiento y iii) que la lesión física que sufrió fue como consecuencia del tiroteo en el Desfile de celebración del 4 de julio en Highland Park.
- Si se presentase un reclamo por una Lesión física catastrófica permanente, una descripción de la lesión (use el Anexo B adjunto).
- Otro (por favor, describa): _____

Tenga en cuenta que los Administradores pueden requerir información o declaraciones, documentos o certificaciones diferentes o adicionales después de revisar su reclamo. La lista anterior no es excluyente.

5. Pago

- Correo postal: envíe mi pago por correo certificado a la dirección que se indica a continuación.
- Retiro: comuníquese conmigo telefónicamente o por correo electrónico para organizar un horario y lugar para retirar el pago.

Cheque pagadero a: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

País (si no fuese los Estados Unidos de Norteamérica): _____

Los cheques se enviarán por correo certificado a menos que se seleccionase la opción de retiro anterior.

¹En el supuesto en que un reclamante presentase un reclamo incompleto o deficiente (p. ej., el reclamante no incluyó la documentación requerida o no firmó el Formulario de reclamo), un representante del Comité se encargará de trabajar con el reclamante para subsanar cualquier error.

6. Firma

Firma del reclamante

Mediante este documento certifico que la información que consta en este Formulario de reclamo es, según mi leal saber y entender, veraz y fiel. La firma del Reclamante en este formulario no constituye una renuncia a ningún derecho legal. Asimismo, entiendo que las declaraciones falsas que se realizaran en relación con este reclamo se remitirán a los organismos responsables del cumplimiento de las leyes pertinentes para su posible investigación. Al presentar esta solicitud, doy mi consentimiento para que *Together Highland Park Unidos* o sus agentes verifiquen la información proporcionada en este formulario.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma del padre/madre/tutor legal (si correspondiese)

Si la víctima fuese un menor o, de otro modo está sujeta a la tutela legal, el padre, la madre o el tutor legal deben firmar este formulario. Mediante este documento, certifico que la información que consta en este formulario de reclamo es, según mi leal saber y entender, veraz y fiel. La firma del padre/madre/tutor legal en este formulario no constituye una renuncia a ningún derecho legal. Asimismo, entiendo que las declaraciones falsas que se realizaran en relación con este reclamo se remitirán a los organismos responsables del cumplimiento de las leyes pertinentes para su posible investigación. Al presentar esta solicitud, doy mi consentimiento para que *Together Highland Park Unidos* o sus agentes verifiquen la información proporcionada en este formulario.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Solicitud de reunión (si correspondiese)

- Solicito una reunión con los Administradores del fondo para compartir información que no se incluyó en este Formulario de reclamo.

ANEXO A

Si el Reclamo comprendiese a una víctima fallecida, use el espacio que sigue para proporcionar nombre, dirección y número de teléfono de la persona que realiza este reclamo y especifique el carácter en el que realiza el reclamo.

El representante personal legalmente autorizado para administrar la sucesión debe presentar la Solicitud. Adjunte el comprobante del carácter de dicho representante del tribunal pertinente con jurisdicción en la materia. En tanto no se presentase un comprobante satisfactorio del carácter que reviste dicho representante, los Administradores del fondo retendrán los fondos o depositarán los fondos en el tribunal pertinente con jurisdicción en la materia, los cuales quedarán retenidos en una cuenta separada y se los distribuirá tras el dictado de una resolución, de conformidad con una orden judicial válida.

ANEXO B

Debe ser completado por las personas que presentasen reclamos por Lesión física catastrófica permanente, de acuerdo con la instrucción 4

Describa los síntomas o la lesión:

MODELO DE CARTA DE CONFIRMACIÓN DE PACIENTE HOSPITALIZADO

Si recibió tratamiento en un hospital del Sistema de Salud de la Universidad de NorthShore (que se enumeran a continuación), puede recibir su carta llamando al 847-480-2843 y programando una cita. Estos hospitales incluyen: Hospital de Evanston; Hospital de Glenbrook; Hospital del Highland Park; Hospital de Skokie; Centro de atención inmediata de North Shore (North Shore Immediate Care Center); y Grupo médico de North Shore (North Shore Medical Group). Si hubiese recibido tratamiento en otro hospital, asegúrese de que la carta del hospital incluya la información que se indica a continuación.

Si recibió tratamiento en los siguientes hospitales, contáctelos directamente para recibir una carta y planee compartir la carta de muestra a continuación:

- Northwestern Lake Forest Hospital, Community Affairs – 312.926.7506.
- Vista Medical Center, llame al registro de pacientes (patient registration): 847-360-4060.

[INSERTAR EL MEMBRETE DEL HOSPITAL]

Fecha

Nombre del paciente

Dirección

Asunto: Fondo de atención a las víctimas del tiroteo del 4 de julio en Highland Park

[Insertar nombre del Hospital] confirma que [nombre del paciente] sufrió heridas físicas y fue hospitalizado [insertar número] noches como consecuencia de las lesiones físicas producidas por el tiroteo del 4 de julio en Highland Park.

[Nombre del paciente] estuvo hospitalizado las noches siguiente (*indicadas a continuación*) (*la admisión inicial tiene que haber tenido lugar entre el 4 y el 14 de julio*):

-
-
-

Atentamente,

Nombre

Cargo

Número de teléfono

MODELO DE CARTA DE CONFIRMACIÓN DE PACIENTE AMBULATORIO

Si recibió tratamiento en un hospital del Sistema de Salud de la Universidad de NorthShore (que se enumeran a continuación), puede recibir su carta llamando al 847-480-2843 y programando una cita. Estos hospitales incluyen: Hospital de Evanston; Hospital de Glenbrook; Hospital del Highland Park; Hospital de Skokie; Centro de atención inmediata de North Shore (North Shore Immediate Care Center); y Grupo médico de North Shore (North Shore Medical Group). Si hubiese recibido tratamiento en otro hospital, asegúrese de que la carta del hospital incluya la información que se indica a continuación.

Si recibió tratamiento en los siguientes hospitales, contáctelos directamente para recibir una carta y planee compartir la carta de muestra a continuación:

- Northwestern Lake Forest Hospital, llame al equipo de Gestión de información de salud al 877-973-2673.
- Vista Medical Center, llame al registro de pacientes (patient registration): 847-360-4060.

Fecha

Nombre del paciente

Dirección

Asunto: Fondo de atención a las víctimas del tiroteo del 4 de julio en Highland Park

[Insertar nombre del profesional médico] , un [insertar cargo] en [insertar lugar de empleo] confirma que [nombre del paciente] resultó herido físicamente y se lo trató en [insertar lugar en el que se brindó tratamiento] el [insertar fecha] (entre el 4 de julio de 2022 y el 14 de julio de 2022) debido a las lesiones físicas producto del Tiroteo del 4 de julio en Highland Park.

Atentamente,

Nombre

Cargo

Número de teléfono