



COURTNEY SMITH CAIN

OFFICE OF THE CRIMINAL DISTRICT ATTORNEY
MADISON COUNTY, TEXAS

POR FAVOR, COMPLETE ESTE FORMULARIO Y DEVUÉLVALO A:

**Oficina del Fiscal de Distrito del Condado de Madison
División de Asistencia a las Víctimas
101 W Main St., Rm 207
Madisonville, TX 77864**

Nombre: _____

Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Número de celular: _____ Número Residencial: _____

Número de Trabajo: _____

Nombre de la Compañía de Seguros _____

Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Monto del Pago del Seguro: _____ Deducible: _____

¿El seguro del demandado cubrió sus pérdidas/daños?? [] SÍ [] NO

Descripción de la propiedad	¿Dónde se compró?	Año de Compra y Precio	Valor Justo de Mercado	¿Se recuperó la propiedad? Si es así, enumere los daños y el costo de la reparación.

Si hay más artículos, adjunte una página separada a este documento.

¿Cómo determinó el valor justo de mercado de su propiedad que fue destruida o no recuperada?

A. Evaluación Profesional [] Nombre del Evaluador _____
Dirección: _____ Teléfono: _____

B. Recibo: [] Por favor, adjunte una copia del recibo.

C. Otro [] Explicar _____

¿Tiene alguna foto de la propiedad, ya sea antes o después del incidente?? [] En caso afirmativo, adjúntelo a la devolución de este formulario.

Importe total de la pérdida, - Efectivo o Valor Justo de Mercado? \$ _____

Firma: _____ Fecha: _____

LA FALTA DE DEVOLUCIÓN DE ESTE FORMULARIO PUEDE RESULTAR EN QUE NO SE COBRE NINGUNA RESTITUCIÓN

Numero de Caso #: _____