

**9º Distrito Judicial**  
**FONDO DESTINADO A REMBOLSION HACIA VÍCTIMAS DE UN CRIMEN**  
**109 Eighth Street, Suite 308**  
**Glenwood Springs, Colorado 81601**  
**(970) 945-8635**

El Tribunal que proporciona Rembolsó Hacia Víctimas de un Crimen (“RVC”) en el 9o Distrito Judicial, puede otorgar una Compensación a las Víctimas de un Crimen o Delito. Esto incluye a toda persona que ha sido víctima de un crimen violento en los condados de Garfield, Pitkin o Rio Blanco, en el estado de Colorado. Los residentes del estado de Colorado que han sido víctimas en estados o países que no cuentan con un programa de reembolso, así como residentes que son víctimas de terrorismo internacional, también pueden ser considerados para recibir dicho reembolso si lo solicitan.

Las víctimas de un crimen **PUEDEN** recibir hasta \$15,000 por el distrito Judicial nueve de las reglas de CVC para cubrir los gastos en que hayan incurrido si es que éstos no han sido cubiertos por su compañía de seguros u otros recursos colaterales. Además, pueden ser acreedores a compensaciones de emergencia. Los fondos destinados a cubrir los gastos de reembolso a víctimas no se derivan del pago de impuestos. De hecho, estos fondos se obtienen de multas a criminales convictos por delitos o faltas menores, y también de algunas infracciones de tránsito.

A continuación, se mencionan los requisitos generales para solicitar el reembolso:

**Pérdidas Compensables:**

Sólo pérdidas directamente relacionadas con un crimen que se han calificado elegible son consideradas para un reembolso. Éstas **PUEDEN** incluir: **gastos médicos, gastos derivados de una terapia psicológica, honorarios perdidos, pérdida de apoyo a los dependientes de la víctima, gastos funerarios, reparación o remplazo de puertas, cerraduras y/o ventanas, siempre y cuando sean de una propiedad residencial, y dispositivos de seguridad.**

**Requisitos para ser considerado(a):**

El crimen debe haber ocurrido en los condados de Garfield, Pitkin o Rio Blanco en el estado de Colorado; residentes del estado de Colorado que se han lesionado en un estado o país que no cuenta con un programa de reembolso, también pueden ser considerados al solicitarla.

1. El crimen debe ser uno en el que la víctima ha sufrido lesiones corporales y/o daño psicológico o la muerte, o en que la víctima haya experimentado daños a pertenencias tales como puertas, cerraduras o ventanas de una propiedad residencial como resultado de un crimen Rembolso.
2. La víctima debe cooperar con los oficiales que cumplen con la aplicación de la ley (fiscal del distrito, policía, sheriff, departamento de servicios humanos).
3. La agencia que cumple con la aplicación de la ley deberá ser notificada dentro de un margen de 72 horas después de la perpetración del crimen.
4. La lesión de la víctima no debe ser el resultado de su mal comportamiento ni derivada de una provocación sustancial por parte de la víctima.
5. El crimen debe haber ocurrido después del 1o de julio de 1982 o en esa fecha.
6. La solicitud deberá completarse y entregarse antes de que haya transcurrido un año a partir de la fecha del crimen; seis meses serán el límite para las demandas de reembolso derivadas de daños a propiedad residencial.

<p><b>NOTA:</b> Algunos de estos requisitos pueden ser anulados por “buena causa” o para favorecer los “intereses de la justicia”, de acuerdo con el criterio del Tribunal.</p>
---

## **Información General:**

1. No es necesario que se haya llevado a cabo un arresto para que la víctima de un crimen sea elegida para recibir reembolso.
2. Reembolso puede ser otorgado para compensar gastos médicos, terapias psicológicas, dentaduras, anteojos, dispositivos para el oído o algún otro dispositivo médico o prótesis; incapacidad de percibir honorarios, cuidados médicos fuera de un hospital, servicios destinados a continuar tratamientos médicos en el hogar, gastos funerarios y pérdida de apoyo por parte de los dependientes de la víctima.
3. Reembolso destinado a los daños a pertenencias puede ser otorgado para reemplazar o reparar las puertas exteriores, cerraduras o ventanas que hayan sido estropeados durante la perpetración de un crimen.
4. Por ley, usted debe solicitar todos los recursos que le sean disponibles y que puedan destinarse a su asistencia económica o reembolso. Esto incluye a su compañía privada de seguros, Medicaid y Medicare.
5. Haga favor de proporcionar todas las facturas y comprobantes de pago. Usted puede hacer su solicitud aunque no haya recibido ninguna factura hasta este momento.
6. Su solicitud será investigada y presentada ante el tribunal de Reembolso a Víctimas. Este proceso puede tomar hasta 60 días.
7. Por el distrito Judicial nueve la cantidad total del reembolso no deberá exceder el límite de \$15,000. El reembolso se encuentra limitado de acuerdo a categorías establecidas por las pólizas del Tribunal.
8. En caso de que su solicitud sea negada, usted tiene derecho a solicitar que el Tribunal reconsidere su decisión y tiene también el derecho de entregar información reciente o adicional relacionada con el motivo(s) de la negativa o reducción de su demanda por parte del Tribunal. Usted puede hacer los trámites para que su caso sea reconsiderado contactando el Programa de Reembolso Hacia Víctimas dentro de un período de 60 días a partir de la fecha en que usted recibió el fallo de negación o reducción de su demanda. Si usted solicita una reconsideración al tribunal, mas información referente al proceso de reconsideración le será enviada por correo. En el caso de que la decisión del Tribunal resulte nuevamente en negar su demanda, usted tiene derecho a someter la decisión del Tribunal de acuerdo con las Reglas de Procedimientos Civiles del Estado de Colorado dentro de un período de 30 días.

## **Cómo iniciar el trámite de una Demanda:**

Se les pide a las víctimas de un crimen que llenen y entreguen una solicitud al Tribunal. Con dicha solicitud, deberán entregarse las facturas con detalles suficientes. Si hasta el momento no se han recibido facturas o cobros, la solicitud podrá ser considerada de igual manera. Las facturas pueden ser anexadas al programa de compensación conforme sean recibidas. El tiempo que dura este proceso es de aproximadamente 60 días para que la decisión del Tribunal le sea comunicada una vez que las facturas hayan sido recibidas.

Una vez que toda la información requerida haya sido recibida, un resumen del caso será preparado para someterlo a la consideración del Tribunal en su próxima reunión. El Tribunal se reúne una vez al mes, normalmente en la tercera semana y proporcionará una decisión de aprobación, negación o incluso puede solicitar información adicional. Es entonces cuando usted será notificado(a) de la decisión del Tribunal por correo.

## **CRÍMENES CONSIDERADOS PARA DISTRITO JUDICIAL NUEVE REMBOLSO HACIA VÍCTIMAS:**

1. Homicidio.
2. Homicidio accidental.
3. Asalto, Asalto Vehicular.
4. Homicidio criminal negligente y homicidio vehicular.
5. Amenazas.
6. Secuestro.
7. Asalto sexual o Violación.
8. Robo a mano armada.
9. Incesto.
10. Abuso Infantil.
11. Explotación Sexual de un menor.
12. Crímenes contra personas en riesgo.
13. Cualquier crimen, cuyas bases o hechos puedan ser interpretados razonablemente como derivados de violencia doméstica.
14. Acoso predatorio.
15. Intimidación basada en motivos étnicos.
16. Venganza perpetrada contra una víctima o testigo.
17. Intimidación o extorsión de una víctima o testigo.
18. Cualquier intento, conspiración, invitación o contribución a cualquiera de los crímenes antes mencionados.
19. Exposición Indecente.
20. Tráfico de humanos en adultos o niños.
21. Intimidación de un Juez o Jurado.
22. Robo en primer grado.

## **PROCESO DE SOLICITUD:**

1. Usted necesitará llenar la solicitud anexa de la manera más detallada y cuidadosa que le sea posible, respondiendo todas las preguntas. En la primera página, haga favor de incluir el nombre, número de seguro social y fecha de nacimiento de cada persona que usted desee que se vea beneficiada por el programa.
2. Si usted cuenta con la cobertura de un seguro médico, haga favor de proporcionar el nombre de la compañía de seguros que es su proveedora, domicilio y número telefónico, número de póliza, número de cliente, la cantidad de su deducible anual y una lista de los servicios que cubre (normalmente se encuentra en la explicación de prestaciones). Si usted está solicitando asistencia económica para cubrir sus gastos médicos, haga favor de incluir una copia de las facturas con la solicitud. El programa de Rembolso Hacia Víctimas ha establecido un límite en la cobertura de gastos médicos. El Tribunal pagará el 65% de estos gastos.
3. Si usted necesita recibir asistencia financiera para cubrir los gastos de terapias psicológicas, el administrador evaluará su solicitud junto con los reportes obtenidos de las agencias destinadas a aplicar la ley. Si, de acuerdo con el criterio del programa, dichos reportes son tomados en consideración, se autorizarán tres sesiones con el terapeuta que usted haya elegido, siempre que éste haya sido aprobado por el programa de Rembolso Hacia Víctimas, para que prepare el formulario referente al tratamiento. A partir de esto, el terapeuta preparará dicho formulario, haciendo una lista de las metas y objetivos del tratamiento y enviará el formulario a nuestra oficina, junto con una factura por los servicios prestados. La sección destinada a la “restricción de contacto” en una orden de protección, deberá mantenerse activa, con excepción de aquellos casos que involucran a los padres de un menor. Si su seguro médico cubre una fracción de los costos terapéuticos, la factura deberá ser entregada a su compañía de seguros. El programa de Rembolso Hacia Víctimas pagará un máximo de \$80- \$100 por sesión, dependiendo de la experiencia del terapeuta y/o del deducible de su plan de seguro, más el porcentaje de la factura que no haya sido cubierto por la compañía de seguros. Se elegirá el que resulte ser menos elevado.
4. Si usted desea solicitar asistencia económica relacionada con la pérdida de sus honorarios, deberá entregar lo siguiente: una copia del reporte en que el médico le ha dado de alta, en el que se

mencione la fecha en que usted está capacitado(a) para regresar nuevamente a trabajar; un comprobante por parte de su patrón, en que se establezca su salario por hora, el número de horas que normalmente trabaja en una semana, fechas en que no se presentó a trabajar a causa del incidente y cualquier tipo de compensación recibido (tiempo de descanso por enfermedad, vacaciones, seguro de desempleo, etc.). El Tribunal paga como máximo un 65% de los ingresos netos derivados de su salario por un período de hasta tres semanas, basándose en un lineamiento máximo de 40 horas por semana (el pago máximo es de \$1,000.00 por semana).

5. Si usted está solicitando asistencia económica debido a daños y/o reparaciones de una propiedad residencial, deberá incluir lo siguiente: una copia de la factura de los costos de reparación. Las pérdidas compensables se definen en el código C.R.S. 24-4.1-109 y se refieren a la reparación de daños y/o remplazo de pertenencias, pago del deducible de su póliza de seguro residencial y cualquier modificación a la residencia de la víctima que sea necesaria para garantizar la seguridad de la víctima. Residencia se define como el lugar principal en que la víctima reside y es determinado por los miembros del Tribunal de RVC. Las casas adicionales o destinadas a vacaciones no serán incluidas. El límite máximo aplicado a daños a propiedad residencial es de \$1,000. El Tribunal tomará en cuenta, caso por caso, las peticiones de víctimas de violencia doméstica para remplazar las cerraduras de su lugar de residencia en caso de que el perpetrador del crimen tenga llaves de acceso. Sólo una petición de esta índole se tomará en consideración por cada víctima.

6. Si usted necesita asistencia financiera para cubrir gastos de funeraria y sepelio, lo siguiente deberá ser entregado: una copia de la factura que describe estos gastos. El Tribunal ha establecido que el nivel permitido para un “servicio de funeraria y sepelio razonables” sea de un máximo de \$7,500.00.

7. Si usted está interesado (a) en obtener asistencia monetaria para compensar la pérdida de apoyo financiero, nosotros necesitaremos verificar los ingresos de su cónyuge/compañero(a) (talón de su cheque, formulario W2 o declaración de impuestos) para poder determinar la cantidad a que equivalía dicho apoyo y de la misma manera cerciorarnos de que su cónyuge/compañero(a) reciba la ayuda necesaria para completar los pagos de rutina en su hogar. Si no es posible verificar dichos ingresos, tomaremos en cuenta el salario mínimo para determinar la cantidad que servirá de apoyo. De manera adicional, necesitaremos copias de las facturas que necesitan ser cubiertas. El Tribunal no tomará en cuenta avisos de retraso en los pagos, así como multas por dichos retrasos o facturas que se acumularon anteriormente a fecha del crimen/delito.

El programa puede compensar la pérdida de apoyo económico hasta en un 65% de su ingreso neto, con un máximo de \$1,000 por semana y un límite de tres semanas, basándose en un lineamiento máximo de 40 horas por semana, percibidos por el (la) acusado(a) para auxiliar a la persona que haya sido víctima de violencia doméstica o asalto sexual (violación) y cuyo agresor es el principal contribuyente a la economía familiar y que haya abandonado o haya sido alejado de la familia. El propósito de esto es auxiliar a la víctima a sobrevivir sin el beneficio del ingreso monetario del acusado.

**Lo que viene a continuación, deberá encontrarse en vigencia para que el Tribunal considere favorablemente la demanda de la víctima:** 1. El agresor no vive en el recinto familiar. 2. Existe una orden de restricción vigente y activa, misma que al ser violada por la víctima propiciará que el Tribunal considere la existencia de una conducta que contribuye de manera negativa a la solicitud, de manera que ésta será denegada. 3. El (la) demandante deberá entregar un comprobante por escrito del ingreso familiar y los gastos mensuales del hogar. 4. En caso de que el agresor regrese al hogar, el Tribunal no podrá proporcionar ningún tipo de asistencia financiera a la víctima. 5. El Tribunal evaluará cada demanda caso a caso, determinando en cada caso los gastos que serán autorizados.

**9<sup>no</sup> Distrito Jurídico**  
**FONDO DE REMBOLSO HACIA VÍCTIMAS DE DELITOS/CRÍMENES**  
**109 Calle Ocho, Oficina 308**  
**Glenwood Springs, Colorado 81601**  
**(970) 945-8635**

Por favor conteste cada pregunta. Escriba N/A si la pregunta no aplica.

**SECCIÓN 1 – Información sobre la Víctima**

Nombre de la Víctima (Nombre, segundo nombre, Apellido)

Domicilio

Ciudad/Estado/Código postal

Teléfono de casa

Teléfono del trabajo

Fecha de nacimiento

Edad al momento de lo ocurrido

**Género:**    \_Masculino   \_Femenino

Estado de Domicilio

La información que sigue es solo para el uso informativo de estadísticas. Es necesario para cumplir con requisitos federales.

**Discapacitado:**

Si    Físico

No    Mental

**Raza:**

- Multiple Razas
- Indio Americano o Nativos Alaska
- Asiático
- Africano Americano
- Hispano o Latino
- Blanco No-Latino o Caucásico
- Alguna otra Raza
- Nativo de Hawai u otro Pacífico

**¿Quién le recomendó al Programa de Rembolso?**

- Ayudante de Víctimas
- Agente de Policía
- Fiscalía
- Servicios Sociales
- Hospital
- Terapeuta
- Otro: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 2 – Información de la persona que esta haciendo el reclamo** *(Esta información es necesaria si la persona que esta haciendo el reclamo no es la víctima, eje. el pariente o guardián de la víctima, o familia de la víctima).*

Nombre del Solicitante

Dirección de domicilio

Ciudad/Estado/Código Postal

Teléfono de Casa

Teléfono del Trabajo

Relación a la Víctima

***Incluya copias de las facturas detalladas adjunto a esta solicitud. Por favor mande facturas adicionales que sean relacionadas al asunto en cuanto las reciba.***

**SECCIÓN 3 – Información del delito / crimen**

(Todo solicitante está obligado a contestar esta parte)

**Tipo de Delito / Crimen:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Violencia Intrafamiliar   | <input type="checkbox"/> Agresión Vehicular/Homicidio                 |
| <input type="checkbox"/> Agresión                  | <input type="checkbox"/> Abuso Físico de Niños                        |
| <input type="checkbox"/> Robo en primer grado/Robo | <input type="checkbox"/> Abuso Sexual de un menor por un familiar     |
| <input type="checkbox"/> Agresión Sexual – Adulto  | <input type="checkbox"/> Agresión Sexual de un menor sin ser familiar |
| <input type="checkbox"/> Asesinato/Homicidio       | <input type="checkbox"/> Otro   |

Fecha del Delito/Crimen:	Entidad /Autoridad a la cual se reportó:
Número del Informe Policiaco:	Agente encargado del caso:
¿Quién cometió el Delito/Crimen?	Relación del sospechoso con la víctima:
¿El delito/crimen ocurrió en el trabajo? Si                      No	Condado dónde el crimen ocurrió Garfield      Pitkin              Río Blanco

**SECCIÓN 4 – BENEFICIOS:** *Por favor marque cada tipo de reclamo por la cual usted solicita fondos, y coloque la información dentro de los cuadros o indique (N/A) si no aplica a su situación.***\_\_\_ATENCIÓN MÉDICA:** Entregue copias de facturas médicas detalladas, si están disponibles:

- Hospital:**  Si  No                      **Doctor:**  Si  No                      **Quiropráctico:**  Si  No  
**Dentista:**  Si  No                      **Terapia Física:**  Si  No  
**Cuidado de enfermera en el hogar:**  Si  No    **Otro:** \_\_\_\_\_

**\_\_\_APARATOS MÉDICOS:** Entregue copias de recibos detallados, si están disponibles. (Limitado a aparatos necesarios que fueron dañados o destruidos durante el delito/crimen.)

- Anteojos/Lentes de Contacto:**  Si  No                      **Dentadura Postiza:**  Si  No  
**Aparatos auditivos:**  Si  No                      **Prótesis:**  Si  No    **Otros:** \_\_\_\_\_

**\_\_\_TERAPIA DE SALUD PSICOLÓGICA:**

**Nombre del Terapeuta:** \_\_\_\_\_ **Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_  
**Domicilio:** \_\_\_\_\_

Otros familiares inmediatos / víctimas secundarias en busca de asesoría relacionada con este crimen:

_____	_____
Nombre y fecha de nacimiento	Nombre y fecha de nacimiento
_____	_____
Nombre y fecha de nacimiento	Nombre y fecha de nacimiento

---

---

**SECCIÓN 4 - BENEFICIOS (CONTINUÍA)**

---

---

**\_\_ PÉRDIDA DE INGRESOS:** ¿Pudo la víctima usar uno de los siguientes tipos recursos del trabajo debido a heridas físicas o emocionales causadas por el delito/crimen?

**Faltas por enfermedad:**  Si  No **Vacaciones:**  Si  No **Faltas personales:**  Si  No

---

---

**\_\_ GASTOS DE FUNERARIA:** Entregue copias de las facturas detalladas, si están disponibles.

---

---

**\_\_ GASTOS de VIVIENDA:** Entregue facturas detalladas, si es posible (reembolso de puertas exte-riores, cerraduras y ventanas de vivienda que fueron destruidas por el delito/crimen)

**Puertas:**  Si  No **Cerraduras:**  Si  No **Ventanas:**  Si  No

**Deducible del Seguro de Vivienda:** \$ \_\_\_\_\_

---

---

**\_\_ PÉRDIDA DE SUSTENTO A DEPENDIENTES** (Comuníquese al 970-945-8635 para más información sobre este beneficio)

---

---

---

---

**SECCIÓN 5 – INFORMACIÓN DE SEGUROS**

---

---

Todo solicitante en busca de reembolso por gastos médicos deberá llenar la siguiente información sobre seguros y otros recursos disponibles para pagar gastos médicos.

<b>Recursos:</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Descon ocido</b>	<b>Nombre de la Compañía / No. de Póliza / No. de teléfono:</b>
<b>Seguro Particular</b>				
<b>Medicaid</b>				
<b>Seguro en Grupo</b>				
<b>Medicare</b>				
<b>Compensación Laboral</b>				
<b>Seguro Automovilístico</b>				
<b>Seguro por Discapacitación</b>				
<b>Seguro de vivienda, o Seguro de Inquilinos</b>				
<b>Seguro Militar</b>				
<b>Otro</b>				

## SECCIÓN 6 – DEMANDA CIVIL

¿Planea demandar a la(s) persona(s) o empresa responsable de esta lesión?  Si  No

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre de su abogado civil? \_\_\_\_\_

Dirección de envió \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, código postal \_\_\_\_\_

número de teléfono \_\_\_\_\_

**NOTA:** La Junta de Compensación a las Víctimas del Delito debe ser notificada de cualquier acción civil y se le debe proporcionar evidencia escrita del monto del acuerdo.

## SECCIÓN 7 – AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN Y DERECHOS HACIA VÍCTIMAS Y RESPONSABILIDADES

**Certificación de la solicitud:** A mi leal saber y entender la información contenida en esta solicitud para una asignación de Rembolso Hacia la Víctima es verdadera y exacta. Reconozco que el dar información falsa puede resultar en la denegación de mi solicitud y llevar una pena por ley.

**Cooperación:** Reconozco que mi falta al cooperar con las autoridades (policía, sheriff, fiscalía, etc.) puede resultar en la denegación de mi solicitud.

**Reembolso del Fondo de Rembolso Hacia Víctimas:** Reconozco que se le reembolsará al Programa de Rembolso si recibo pagos del criminal (a través de reembolso o acción a nivel civil), seguros, o todo otro tipo de reembolso a través del gobierno o agencias particulares por esta lastimadura o muerte después haber recibido pagos del Fondo de Rembolso Hacia Víctimas.

**Acuerdo Subrogado:** Reconozco que la aceptación del pago de Rembolso Hacia Víctimas subrogará al estado de toda causa o derecho de acción que acumulará el solicitante.

**Autorización para Revelar Información:** Por este medio, autorizo la revelación de toda información de mi empleador, doctor, hospital, departamento de servicios sociales, atención médica y/o psicológica, proveedores, y/o acreedores para propósitos de verificación de reclamos que haya entregado, o para establecer la validez de tal(es) reclamo(s). Además, reconozco que toda información proveída estará sujeta a revelación según la ley lo indique.

**Liberación de Fondos:** Por este medio, autorizo la liberación de fondos que se me han otorgado, según el Acta de Rembolso Hacia Víctimas en Colorado que sea aplicado directamente a los proveedores indicados en mi solicitud. Reconozco que todo pago está sujeto a la disponibilidad de fondos y a discreción del Comité.

**Derechos a una Reconsideración:** Como solicitante, se le informa que si se ha negado su solicitud de Rembolso Hacia Víctimas de Delitos/Crímenes, Usted tiene el derecho de exigir una audiencia ante el Comité de Rembolso Hacia Víctimas. Tendrá el derecho de presentar pruebas y testigos. Durante tal audiencia, la obligación de prueba cae sobre Usted, como solicitante, en demostrar que su solicitud es razonable y compensatorio conforme a los requisitos del Acta de Rembolso Hacia Víctimas. En caso de que se mantenga la denegación por el Comité después de esta audiencia, el solicitante tendrá la capacidad de revisar la decisión del Comité conforme a las Reglas de Procedimiento Civil de Colorado dentro de 30 días después de la decisión dada.

**Proceso Alternativo de Solicitud:** Si usted presiente que el Comité de Rembolso Hacia Víctimas en su jurisdicción es incapaz de revisar su solicitud de manera justa debido a relaciones personales o profesionales con dos o más miembros del Comité, se mandará esta solicitud a otro distrito para una revisión de su reclamo. Si esta se aprueba, las facturas se pagarán a través de esta oficina. Reconozco que pueda retrasar el procesamiento de mi solicitud.

La información proporcionada al Comité de Rembolso Hacia Víctimas de Delitos/Crímenes del Noveno Distrito Jurídico pueden ser reveladas como parte de las causas penales.

Si este Comité determina que los fondos distribuidos fueron usados de manera inadecuada, el Comité puede exigir que los fondos sean devueltos y se podrá referir este asunto a la Fiscalía de este distrito.



**Por este medio, yo, el/la solicitante del Programa de Rembolso Hacia Victimas del 9<sup>no</sup> Distrito Jurídico, declara que la información proveída dentro de esta solicitud es exacta.**

Nombre en Letra de Molde	Firma de la Victima o Solicitante	Fecha
--------------------------	-----------------------------------	-------

Remitente:	Crime Victim Compensation Fund 109 8th Street Suite 308 Glenwood Springs, CO. 81601 Fax: 970-945-9456	Telephone: 970-945-8635
------------	--	-------------------------