



Заявление на выплату компенсации жертве насильственного преступления

Сохраните

Распечатайте

Отправьте по электронной почте

Перезапустите

Раздел 1: Данные о жертве

Имя:		Второе имя:		Фамилия:	
Почтовый адрес:					
Город:			Штат:		Индекс:
Адрес электронной почты:					
Номер телефона:			Номер сотового телефона или номер в мессенджере:		
Дата рождения:			Номер социального страхования:		
Пол: <input type="radio"/> Мужской <input type="radio"/> Женский		Семейное положение:			
		<input type="radio"/> Не женат/не замужем		<input type="radio"/> Женат/Замужем	
		<input type="radio"/> В разводе		<input type="radio"/> Проживающий отдельно от супруги/Проживающая отдельно от супруга	
		<input type="radio"/> Вдовец/Вдова			

ЗАПОЛНИТЕ РАЗДЕЛ 2, ЕСЛИ ВЫ НЕ ЯВЛЯЕТЕСЬ ЖЕРТВОЙ, НО ПОДАЁТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ОТ ИМЕНИ ЖЕРТВЫ, КОТОРАЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- Умершей Недееспособной (предоставьте доверенность)
 Несовершеннолетним ребёнком (необходимо быть родителем или законным опекуном ребёнка)
 Другое: _____

Раздел 2: Данные о заявителе

Имя:		Второе имя:		Фамилия:	
Степень родства с жертвой : <input type="radio"/> Супруг/супруга <input type="radio"/> Родитель <input type="radio"/> Брат/сестра <input type="radio"/> Ребёнок <input type="radio"/> Бабушка/дедушка <input type="radio"/> Другое					
Почтовый адрес:					
Город:			Штат:		Индекс:
Адрес электронной почты:					
Номер телефона:			Номер сотового телефона или номер в мессенджере:		
Дата рождения:			Номер социального страхования:		

Раздел 3: Статистические данные о жертве

Данная информация предоставляется только для ведения статистики и на добровольной основе.

Этническая/расовая принадлежность:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Коренной житель
Аляски/Индеец | <input type="checkbox"/> Азиат |
| <input type="checkbox"/> Чернокожий/
Афроамериканец | <input type="checkbox"/> Гаваец/Житель
Океании |
| <input type="checkbox"/> Испаноязычный или
латиноамериканец | <input type="checkbox"/> Две расы и более |
| <input type="checkbox"/> Другая
раса: _____ | <input type="checkbox"/> Белый/
Нелатиноамериканец |

Инвалидность:

- Да Нет
- Если да, какой тип:
- психический, физический, нарушение развития
- Присутствовала ли инвалидность до совершённого преступления?
- Да Нет

Раздел 4: Данные о преступлении

Дата совершения преступления:

Дата принятия полицией сообщения о преступлении:

Правоохранительное учреждение:

Номер полицейского отчёта:

Место совершения преступления (город или община):

Преступление было совершено на рабочем месте? Да Нет

Номер судебного дела (если преступнику было предъявлено обвинение в совершении преступления):

Имя преступника (если известно):

Степень родства преступника с жертвой (если есть):

Преступник является несовершеннолетним?
 Да Нет Неизвестно

Вид преступления

- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Поджог первой степени | <input type="checkbox"/> Физическое нападение | <input type="checkbox"/> Физическое насилие над ребёнком | <input type="checkbox"/> Сексуальное насилие над ребёнком | <input type="checkbox"/> Бытовое насилие |
| <input type="checkbox"/> Вождение в нетрезвом виде (DUI/DWI) | <input type="checkbox"/> Сексуальное нападение | <input type="checkbox"/> Убийство | <input type="checkbox"/> Торговля людьми | <input type="checkbox"/> Похищение людей |
| <input type="checkbox"/> Ограбление | <input type="checkbox"/> Другое | | <input type="checkbox"/> Угрозы нанесения телесных повреждений | |
| <input type="checkbox"/> Нападение с использованием транспортного средства | | | | |

Раздел 5: Расходы

Выберите вид(ы) запрашиваемой помощи, имеющей отношение к преступлению.

- | | | | | |
|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Мобильный телефон (повреждён/доказательства) | <input type="checkbox"/> Похороны/захоронение | <input type="checkbox"/> Уход за детьми Психологическое | <input type="checkbox"/> консультирование/терапия | <input type="checkbox"/> Уборка места преступления |
| <input type="checkbox"/> Услуги стоматолога | <input type="checkbox"/> Медицинская помощь | <input type="checkbox"/> Вещественные доказательства | <input type="checkbox"/> Утраченная поддержка (умершая жертва) | <input type="checkbox"/> Меры безопасности |
| <input type="checkbox"/> Потерянный заработок | <input type="checkbox"/> Медицинский прибор/оборудование | <input type="checkbox"/> Переезд | | |
| <input type="checkbox"/> Путешествие/транспортировка | <input type="checkbox"/> Присутствие на судебном заседании по вынесению приговора | <input type="checkbox"/> Другое | | |

Записи о выставлении счетов: пожалуйста, отправьте счета, выписки по счетам и/или квитанции об оплате за консультационные, стоматологические, медицинские или другие услуги, которые вы просите оплатить. Если записи о выставлении счетов недоступны, пожалуйста, приложите отдельный лист с указанием имени поставщика(ов), телефона или адреса электронной почты, а также даты(дат) оказания услуги или диапазона дат (например, 08/01/2023-09/30/2023).

Запрос экстренной помощи: Да Нет

Экстренная помощь может быть предоставлена, если окажется, что отсутствие немедленной выплаты приведёт к неоправданным трудностям. Экстренная помощь не может превышать \$5000 и предоставляется при соблюдении условий.

- Психологическое консультирование Похороны Потерянный заработок Переезд Охрана Другое

Раздел 6: Дополнительные данные об иждивенце

Заполните этот раздел, если вы запрашиваете компенсацию для ребёнка или недееспособного взрослого, который не является прямой жертвой. Вы должны являться родителем или законным опекуном иждивенца(ов), указанного(ых) ниже. *Например: запрос консультативной помощи для брата или сестры жертвы.*

Имя иждивенца	Дата рождения	Запрашиваемые расходы

Раздел 7: Данные о зарплате

Вы подаёте заявление на выплату компенсации за невыплаченный, потерянный заработок? Да Нет

Вы пропустили или пропустите более двух недель работы? Да Нет

Если вы работаете на себя, предоставьте копию вашей налоговой декларации за год, предшествующий дате совершения преступления или за год, предшествующий тому времени, когда вы не могли работать.

Сотрудник (человек, запрашивающий выплату компенсации за потерянный заработок)

Работодатель:

Адрес работодателя:

Контактное лицо:

Телефон или адрес электронной почты:

Можем ли мы связаться с работодателем, чтобы получить информацию о зарплате? Да Нет

Раздел 8: Страховка и другие источники финансирования

Комитет по выплатам компенсаций жертвам насильственных преступлений может компенсировать расходы, непокрытые страховкой или другими источниками финансирования. Медицинские работники должны сначала выставить счёт первичной страховой компании и/или другому(им) источнику(ам) финансирования.

Медицинская страховка | Страховая компания и номер полиса

Медикейд

Медикэр

Денали Кидкэр

Комитет по делам ветеранов

Автострахование (если применимо, в случае преступления с участием автотранспортного средства)

Государственная или общая помощь в трудной жизненной ситуации

Программа социального страхования

Пособие по безработице

Компенсация работникам по травмам на производстве

Страхование дома/арендодателя

Отсутствие страховки или других источников финансирования

Другое

Раздел 9: Данные о представителе

Программа помощи жертвам или представитель другой программы

Как вы узнали об этой программе?

Центр защиты прав детей

Психолог/психотерапевт

Семья/друг

Похоронное бюро

Медицинская организация

Полиция

Помощник юриста/прокурор

Плакат/брошюра

Вебсайт

Программа помощи жертвам

Другое: _____

Помощь адвоката

У вас есть адвокат, который представляет ваши интересы в суде? Да Нет

Если да, то адвокат представляет ваши интересы в суде по:

иску о возмещении личного ущерба или правовому спору

иску жертвы насильственного преступления и иску о возмещении личного ущерба

Адвокат/Юридическая фирма: _____

Если с составлением данного заявления вам помог адвокат, поставщик услуг или юрист, заполните, пожалуйста, следующее.

Имя: _____

Организация: _____

Раздел 10: Другая информация

Предпочтительный язык (если не английский):

Предпочтительная форма связи:

Почта Телефон Электронная почта

РАЗРЕШЕНИЕ НА РАЗГЛАШЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ И ДОГОВОР О ВЫПЛАТАХ

Чтобы это заявление имело юридическую силу, оно должно быть подписано жертвой или законным опекуном.

Разрешение на разглашение конфиденциальной информации

Настоящим я разрешаю любому медицинскому работнику, врачу, специалисту по психическому здоровью, социальному работнику, специалисту по реабилитации, сотруднику похоронного бюро или другому лицу, которое предоставило услуги; любому работодателю; любому правоохранительному органу или другому государственному учреждению, включая государственные органы штатов и федеральные государственные органы; любой и всем страховым компаниям или любому другому учреждению, обладающему знаниями, необходимыми для определения права на получение пособий по данному иску, предоставить Комитету по выплатам компенсаций жертвам насильственных преступлений штата Аляска или его представителям любую и всю информацию, включая, помимо прочего, документы, созданные самостоятельно и другими лицами, конкретно относящиеся к данному иску. Это разрешение также распространяется на все источники возмещения заявленных убытков, включая, помимо прочего, пособия по медицинскому обслуживанию, пособия по безработице или инвалидности, пособия по социальному обеспечению и ветеранские пособия. Я также разрешаю разглашение федеральной налоговой информации, включая декларации о подоходном налоге, для целей проверки дохода. Может потребоваться другая информация для определения связи с преступлением. Я понимаю, что это могут быть результаты тестирования на ВИЧ и другие заболевания, передающиеся половым путем, лечение от алкогольной, наркотической зависимости и психиатрическое лечение. Настоящим я отказываюсь от всех юридических привилегий в отношении любой информации, необходимой для определения приемлемости данного иска.

Я согласен, что фотокопия или факс этого подписанного заявления имеют такую же юридическую силу, что и оригинал, и моя подпись дает разрешение на разглашение всей указанной информации. Я согласен, что разглашение данной информации действительно в течение **двух (2) лет** с даты моей подписи и что я могу отменить её разглашение в любое время, уведомив Комитет по выплатам компенсаций жертвам насильственных преступлений. В исключительных случаях, когда информация уже была получена и использована Комитетом, она не подлежит отмене. Я понимаю, что вся информация, необходимая для использования в правоохранительных органах, при судебном преследовании или взыскании убытков, может быть передана органам по вопросам условно-досрочного освобождения, условного осуждения и правоохранительным органам или органам прокуратуры.

Защищённая информация о состоянии здоровья, используемая или разглашаемая в соответствии с настоящим разрешением, может подлежать повторному разглашению и может больше не защищаться HIPAA* или другими правилами конфиденциальности. Если защищённая информация о состоянии здоровья, связанная с исследованием, используется или разглашается для целей продолжения исследования, дата истечения срока действия информации и актуальности события отсутствует. Лечение, оплата, регистрация или право на льготы не могут быть обусловлены получением разрешения. Я понимаю, что информация будет использоваться для определения компенсационных выплат, и что компенсационная программа будет запрашивать только информацию, необходимую для определения компенсационных выплат.

Договор о выплатах

Я понимаю, что если я получу возмещение за свои убытки посредством реституции, наложенной судом, или гражданского иска против правонарушителя, любого страхового возмещения или денежных средств от любого государственного или частного агентства, я возмещу Комитету по выплатам компенсаций жертвам насильственных преступлений штата Аляска любую компенсацию, выплаченную по этому иску.

I understand that if I receive any recovery for my losses through court-imposed restitution or civil lawsuit against the offender, any insurance settlement, or moneys from any government or private agency, I shall reimburse the State of Alaska Violent Crimes Compensation Board for any compensation paid out under this claim.

Заявление

Я понимаю и соглашаюсь с тем, что в случае предоставления ложной, вводящей в заблуждение или намеренно неполной информации моё заявление на выплату компенсации может быть отклонено, и я могу быть подвергнут уголовному наказанию в соответствии со законом штата Аляски 18.67.150.

Имя печатными буквами

Подпись

Дата

Это общее и специальное разрешение на разглашение информации было разработано для соблюдения положений о разглашении медицинской, образовательной и другой информации в соответствии с Общественным правом 104-191 («HIPAA»); разделом 45 свода федеральных правил, части 160 и 164, и законом штата Аляски 18.67.

Только для использования в офисе: ИНФОРМАЦИЯ, КОТОРАЯ ДОЛЖНА БЫТЬ РАЗГЛАШЕНА

Имя:	
Номер социального страхования:	Дата рождения:
Разрешение на:	



Заявление на получение компенсации и инструкции

Как подать заявление на получение компенсации

Кто может подать заявление на получение компенсации?

Невинные жертвы преступлений, некоторые родственники, иждивенцы, законные опекуны и имеющие на это право добрые самаритяне могут обратиться в Комитет по выплате компенсаций жертвам насильственных преступлений (VCCB) за компенсацией расходов, не покрываемых страховкой или другими источниками финансирования.

Какие расходы могут быть компенсированы?

VCCB предоставляет финансовую помощь для покрытия определённых расходов, связанных с преступлениями.

Конкретные расходы, которые может покрыть VCCB, включают:

- Мобильный телефон (поврежденный или изъятый в качестве доказательства)
- Уход за детьми
- Психологическое консультирование/терапия
- Уборка места преступления
- Услуги стоматолога/медицинские услуги
- Похороны/захоронение
- Изъятые вещественные доказательства
- Потеря поддержки (умершая жертва)
- Переезд
- Меры безопасности
- Путешествие/транспортировка
- Присутствие на судебном заседании по вынесению приговора

Каковы квалификационные требования?

Могут быть применимы разумные исключения

- Преступление было совершено на территории Аляски.
- Результатом преступления явился личный ущерб (включая эмоциональную травму или смерть).
- Полиция была оповещена о преступлении в течении 5 дней.
- Жертва сотрудничала с полицией и судом.
- Запрашиваемые выплаты имеют непосредственное отношение к преступлению.
- Заявление подаётся в течение 2 лет со дня совершения преступления или обнаружения преступления.
- Поведение жертвы не способствовало причинению личного ущерба или смерти.

Что произойдёт в случае моего переезда?

Важно обновить информацию в нашем офисе, если ваш адрес, номер телефона или адрес электронной почты поменяются.

Кто может подписать заявление?

Как правило, жертва должна подписать заявление. Однако, если жертве меньше 18 лет или она физически или умственно неспособна подписать заявление, то законный опекун должен заполнить Раздел 2 заявления и подписать заявление. Если жертва умерла, лицо, запрашивающее пособия, должно заполнить Раздел 2 заявления и подписать заявление.

Как подать заявление?

Вы можете подать заявление по почте, электронной почте или по факсу.

Нужно ли мне прикладывать к заявлению какие-либо дополнительные документы?

Пожалуйста, приложите любые имеющиеся у вас документы, такие как копия полицейского отчета, счета, квитанции или любую другую информацию, связанную с преступлением. Если у вас нет никаких из этих документов, вам не нужно ждать, чтобы подать заявление. Информацию можно предоставить в наш офис по

мере ее поступления.

Есть ли другой способ подачи заявления?

Да. Пожалуйста, посетите <https://vccb.alaska.gov>, чтобы получить доступ к защищённому веб-порталу для подачи заявления онлайн.