



犯罪受害人赔偿申请

保存	打印
电邮	重置

第1部分：受害人信息 (由于犯罪而受伤、受到伤害威胁或死亡的人)

名字: _____ 中间名首字母: _____ 姓氏: _____

通讯地址: _____

城市: _____ 州: _____ 邮编: _____

电邮地址: _____

电话号码: _____ 手机号或即时通讯号: _____

生日: _____ 社会安全号码: _____

性别: 男 女 婚姻状况: 单身 已婚 离婚 分居 鳏寡

如果代表下列受害人提交申请，请填写第2部分:

已故 无行为能力 (提交授权书) 未成年儿童 (必须是父母/法定监护人) 其他: _____

第2部分：索赔人信息 (除受害人之外有支出费用或正在寻求援助的人)

名字: _____ 中间名首字母: _____ 姓氏: _____

与受害人关系: 配偶 父母 兄弟姐妹 子女 祖父母 其他: _____

通讯地址: _____

城市: _____ 州: _____ 邮编: _____

电邮地址: _____

电话号码: _____ 手机号或即时通讯号: _____

生日: _____ 社会安全号码: _____

第3部分：受害人统计信息

仅用于统计目的。 纯属自愿性质。

民族/种族: _____

阿拉斯加原住民/美国印第安人 亚裔

黑人/非裔美国人 夏威夷/其他太平洋岛民

西班牙裔/拉丁裔 多种族 白人/非拉丁裔

其它: _____

残疾: _____

是 否

如勾是, 精神 身体 发育发展性质

犯罪发生前是否已是残疾人士? 是 否

第4部分：犯罪信息

犯罪日期: _____ 向执法部门报告犯罪的日期: _____

执法机构: _____ 执法报告号码: _____

犯罪地点 (城市或社区): _____ 犯罪是否在工作时发生? 是 否

法院案件号码 (如果罪犯已被指控犯罪): _____

罪犯姓名 (如果已知): _____

罪犯与受害人关系 (如果有的话): _____ 罪犯是否为青少年? 是 否 未知

犯罪类型

- | | | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 一级纵火罪 | <input type="checkbox"/> 袭击 | <input type="checkbox"/> 儿童身体虐待 | <input type="checkbox"/> 儿童性虐待 | <input type="checkbox"/> 家庭暴力 |
| <input type="checkbox"/> 酒驾或毒驾 | <input type="checkbox"/> 凶杀 | <input type="checkbox"/> 人口贩运 | <input type="checkbox"/> 绑架 | |
| <input type="checkbox"/> 抢劫 | <input type="checkbox"/> 性侵犯 | <input type="checkbox"/> 威胁对身体造成伤害 | | |
| <input type="checkbox"/> 驾车袭击 | <input type="checkbox"/> 其他: _____ | | | |

第5部分：费用

选择您申请的补助类型。

- | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 手机 (已损坏/证据) | <input type="checkbox"/> 托儿服务 | <input type="checkbox"/> 心理辅导/治疗 | <input type="checkbox"/> 犯罪现场清理 |
| <input type="checkbox"/> 牙科 | <input type="checkbox"/> 提取为作证的物品 | <input type="checkbox"/> 丧失生活来源 (已故受害人) | |
| <input type="checkbox"/> 工资损失 | <input type="checkbox"/> 医疗 | <input type="checkbox"/> 医疗器/器械/设备 | <input type="checkbox"/> 安全措施 |
| <input type="checkbox"/> 差旅/交通 | <input type="checkbox"/> 出庭参加审判及宣判 | <input type="checkbox"/> 搬迁 | <input type="checkbox"/> 其它: _____ |

账单记录: 请提交您要求付款的辅导、牙科、医疗或其他服务的发票、账单和/或付款收据。如果无法获得账单记录, 请另外附上一份表格, 列出提供商的名称、电话或电子邮件、以及服务日期或日期范围 (例如2023年8月1日-2023年9月30日)。

紧急要求: 是 否

如果不立即付款可能会造成过度困难, 则可以提供紧急援助。紧急援助金额不得超过5,000美元, 并须符合资格。

- 心理辅导 丧葬 工资损失 搬迁 安全 其他: _____

第6部分：额外受抚养人信息

如果您是而非直接受害人的未成年儿童或无行为能力的成年人要求赔偿, 请填写本部分。您必须是下列受抚养人的父母/法定监护人。
例如: 要求为受害人兄弟姐妹提供辅导。

受抚养人姓名	出生年月日	申请的费用

第7部分：工资信息

误工补偿仅限于无薪假期期间的损失。

您是否申请休假福利未涵盖的工资损失？

是 否

您是否错过了或将错过两周以上的工作时间？

是 没有

员工 (要求误工补偿的人):

雇主:

雇主地址:

联系人:

电话或电子邮件:

我们是否可以联系雇主以获取工资信息？

是 否

第8部分：保险和其他补偿来源信息

暴力犯罪赔偿委员会可以补偿保险或其他来源未涵盖的费用。服务提供方应首先向主要保险和/或其他付款来源收费。

健康保险|公司和保单号码:

医疗补助计划 联邦医疗保险 迪纳利儿童健保 印第安人卫生服务局 退伍军人事务部

汽车保险 (涉及机动车辆的犯罪, 如适用):

公共或一般援助 社会安全局项目 失业补偿 工伤赔偿

房屋/租客保险 其他:

无。没有保险或其他付款来源。

第9部分：代理人信息

受害人援助计划或其他代理人

您是如何知道此计划的？

儿童权益中心 辅导员/治疗师 家人/朋友

殡仪馆 医护人员 执法部门

律师助理/检察官 海报/手册 网站

受害人援助计划 其他: _____

律师协助 _____

您是否有律师代表您？

是 否

如果是, 则律师在何种情况下代表您:

人身伤害索赔或诉讼

受理犯罪受害人索赔和人身伤害索赔

律师/律师事务所: _____

仅当您想授权我们与您的辩护人、服务提供方或律师共享信息以协调和处理您的索赔时, 才填写本部分。

本人, _____, 授权暴力犯罪赔偿委员会 (VCCB) 与 _____ (人名)

_____ (机构名称) 讨论我的申请状态。

本信息披露的唯一目的是确保及时、高效地处理我的索赔。本同意书不允许VCCB向任何其他个人或组织披露信息, 也不授权VCCB发布文件副本。

本人确认我的记录受阿拉斯加法规保护, 未经本人书面同意, 不得披露。我有权随时撤销此同意书, 但根据我最初同意、已经采取的行动除外。此授权自我签署之日起12个月后自动过期。

签名: _____

日期: _____

第10部分：其他信息

首选语言 (如非英语):

首选联系方式:

邮件 电话 电邮

信息披露授权和还款协议

受害人或法定监护人必须签署此表格才能生效。

授权披露保密信息

本人特此授权任何医疗保健提供方、医生、行为健康提供方、社会工作者、康复辅导员、丧葬承办人或其他提供服务的人；任何雇主；任何执法机构或其他政府机构，包括州和联邦服务机构；任何和所有保险公司或任何其他具有确定此索赔资格的必要知情机构，向阿拉斯加州暴力犯罪赔偿委员会或其代表提供任何和所有信息，包括但不限于，由他们自己和其他人生成的、具体与此索赔有关的文件。此授权也适用于索赔损失的所有补偿来源，包括但不限于医疗保健福利、失业或残疾福利、社会安全福利和退伍军人福利。本人还授权披露联邦税务信息，包括所得税申报表，以核实收入。我可能被要求提供其他信息来确定相关情况是否与本案有关。本人了解其中可能包括艾滋病毒和其他性传播疾病检测结果、酒精、毒品和精神病治疗的记录。本人特此放弃对确定此索赔资格所需的任何此类信息的所有法律特权。本人授权收到此信息发布文件的任何雇主应要求提供工时单、休假单和工资单。

本人同意此签名表格的复印件或传真与原件一样有效，并且我的签名允许披露所有指定的信息。本人同意此信息披露自本人签署之日起**两(2)年内有效**，并且我可以随时通过写信给VCCB取消此信息披露，但如果任何信息已经被收到和使用，则该信息披露不能被取消。本人了解，用于执法、起诉或要求赔偿所需的所有信息可能会被披露给假释、缓刑和执法或检察机关。

根据此授权使用或披露的受保护健康信息可能会被重新披露，并且可能不再受HIPAA或其他保密规则的保护。如果出于后续研究目的使用或披露了与研究相关的PHI，则不受限于到期日期或触发事件。治疗、付款、登记或福利资格不得用为获得授权的条件。本人了解该信息将用于确定赔偿金，并且赔偿计划只要求提供决定赔偿金所需的信息。

还款协议

本人了解，如果本人通过法院针对罪犯的强制赔偿或民事诉讼、任何保险理赔或任何政府或私人机构的款项收到任何损失赔偿，本人将偿还阿拉斯加州暴力犯罪赔偿委员会根据这一索赔支付的任何赔偿。

声明

本人理解并同意，如果提供虚假、误导性或故意不完整的信息，根据阿拉斯加法规第18.67.150条，我的赔偿申请可能会被拒绝，并可能受到刑事处罚。

姓名正楷书写

本人签名

日期

此一般和特殊披露授权的制定是为了遵守第104-191号公法（“HIPAA”）；《联邦法规汇编》（CFR）第45卷第160和164部分以及阿拉斯加法规第18.67条有关披露医疗、教育和其他信息的规定。

仅供办公使用：需要披露的记录

姓名:	
社安号:	生日:
授权给:	



索赔申请和说明

阿 拉 斯 加

公 共 安 全 部
暴 力 罪 行 赔 偿 委 员 会

如何申请赔偿

谁可以申请赔偿?

无辜的犯罪受害人、特定亲属、受抚养人、法定监护人及符合条件的见义勇为者可以向暴力犯罪赔偿委员会 (VCCB) 申请补偿保险或其他来源未涵盖的自付费用。

我可以获得什么类型的费用补偿?

VCCB对犯罪相关导致的支出提供经济援助。

VCCB可能支付的具体费用包括:

- 手机 (已损坏或被取作证据)
- 托儿服务
- 心理辅导/治疗
- 犯罪现场清理
- 牙科/医疗
- 丧葬/安葬
- 提取为证据的物品
- 丧失生活来源 (已故受害人)
- 工资损失
- 搬迁
- 安全措施
- 差旅/交通
- 出庭参加审判/宣判

资格要求是什么?

合理的例外情况可能适用。

- 犯罪行为在阿拉斯加发生。
- 犯罪行为导致了人身伤害 (包括情感创伤或死亡)。
- 在5天内向警方报案。
- 受害人与警方和检方合作。
- 所要求的费用与犯罪行为直接相关。
- 申请是在犯罪行为或发现犯罪行为后2年内提交的。
- 受害人的行为不是此次伤害或死亡的诱因。

如果我搬家怎么办?

如果您更改了地址、电话号码或电子邮件, 请务必向我们办公室更新您的信息。

谁可以签署这份申请书?

通常, 受害人必须签署索赔。但是, 如果受害人未满18岁, 或者身体或精神上无能力签名, 则法定监护人必须填写申请书第2部分并签署申请书。

如果受害人死亡, 申请补助的人必须填写申请书第2部分并签署申请书。

我如何提交申请?

您可以通过邮件、电子邮件或传真提交申请。

我是否需要在申请中附上任何其他文件?

请附上您现有的任何文件, 例如警方报告副本、账单、收据或其他与犯罪相关的信息。如果您没有此类文件, 则无需等待, 可先提交申请。相关信息可在获得后陆续提交至本办公室。

是否有其他申请方式?

有的。请访问<https://vccb.alaska.gov>以访问安全的网络应用程序门户, 在线提交申请。