

## Come richiedere il risarcimento

### Chi può richiedere il risarcimento?

Vittime innocenti di reati, determinati parenti, familiari a carico, tutori legali e fornitori di assistenza idonei possono richiedere all'Ufficio servizi per le vittime di violenza (Office of Victim Services, OVS) il risarcimento delle spese vive non coperte dall'assicurazione o da altre risorse.

### Per quali spese è possibile ottenere un risarcimento?

L'OVS offre risarcimenti per lesioni personali, decesso e perdita di beni personali essenziali.

Le spese specifiche che può coprire l'OVS sono:

- spese mediche, farmaceutiche e per assistenza psicologica;
- perdita di beni personali essenziali (*fino a 500 \$, inclusi 100 \$ per contanti*);
- spese funebri o di sepoltura (*fino a 6.000 \$*);
- mancata retribuzione o mancato sostegno economico (*fino a 30.000 \$*) (*i genitori o i tutori di figli minori ospedalizzati potrebbero essere idonei a ricevere questa indennità*);
- trasporto (tribunale/centro medico);
- riabilitazione professionale/lavorativa;
- costi per l'accoglienza di vittime di violenza domestica e dispositivi di sicurezza;
- pulizia della scena del crimine (*fino a 2.500 \$*);
- perdite di beni di fornitori di assistenza (*fino a 5.000 \$*);
- spese di trasloco (*fino a 2.500 \$*).

### Cosa devo fare per richiedere il risarcimento?

È necessario inviare la richiesta OVS compilata e accompagnata dalle copie di:

- rapporti di polizia;
- fatture mediche;
- corrispondenza con le compagnie assicurative o piano di indennizzo che indichi se la perdita sarà coperta o meno;
- tessere dell'assicurazione;
- ricevute per beni personali essenziali;
- certificato di morte e contratto funebre;
- certificato di nascita della vittima;
- documento attestante l'età (patente di guida, certificato di nascita, ecc.);
- documentazione della tutela legale.

### Cosa devo fare se non ho alcuni dei documenti richiesti dall'OVS?

In questo caso, si consiglia di inviare subito la richiesta, per poi inviare gli altri documenti in seguito.

### Cosa devo fare se i miei beni sono stati persi, danneggiati o distrutti a causa del reato?

Chi ha meno di 18 anni o ha già compiuto 60 anni di età, ha una disabilità o ha riportato una lesione può richiedere indennità sostitutive dei beni personali *essenziali* o contanti non coperti da altre risorse.

*Essenziali* significa necessari per la salute e il benessere, ad esempio occhiali e capi di abbigliamento.

### Cosa devo fare in caso di trasloco?

È necessario inviare all'OVS una lettera firmata, comunicando il nuovo indirizzo e numero di telefono. Anche in caso di cambio di indirizzo e-mail è necessario darne comunicazione.

### Chi può firmare la richiesta di risarcimento?

Di solito, è la vittima che firma la richiesta. Tuttavia, se la vittima ha meno di 18 anni d'età o è fisicamente o mentalmente incapace di firmare, è compito del tutore legale (la persona che riceve le indennità) compilare la sezione 2 e firmare la richiesta.

Se la vittima è deceduta, è compito della persona che richiede le indennità compilare la sezione 2 e firmare la richiesta.

### Esistono altre modalità per presentare la richiesta?

Sì. È possibile visitare il sito [ovs.ny.gov](http://ovs.ny.gov) per accedere in modo sicuro al Portale di assistenza alle vittime (Victim Service Portal, VSP) e inviare la richiesta online.

### Devo compilare il modulo HIPPA allegato?

Sì. È necessario compilare un modulo relativo alla Legge sulla responsabilità e trasferibilità in materia di copertura assicurativa (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) per **ciascun** fornitore di servizi. È possibile fotocopiare un modulo in bianco e realizzare altre copie.

80 S. Swan Street  
Albany, NY 12210-8002  
(518) 457-8727

55 Hanson Place  
Brooklyn, NY 11217-1523  
(718) 923-4325

[ovs.ny.gov](http://ovs.ny.gov)

800-247-8035

## Informazioni sulla riparazione per ordinanza del tribunale

### ***Cosa si intende per riparazione?***

La riparazione è il risarcimento versato alla vittima dal responsabile di un reato penale per le perdite o le lesioni riportate a causa del suddetto reato. Deve essere ordinata dal tribunale al momento della sentenza, di cui è considerata parte integrante.

La riparazione **NON** è un risarcimento danni per perdite future, danni psicologici o morali.

Quando l'ufficio del Procuratore distrettuale (District Attorney, DA) comunica al tribunale che la vittima ha chiesto una riparazione, o quando la dichiarazione di impatto sulla vittima contenuta nel rapporto di indagine sulla libertà vigilata preparato prima della sentenza, del patteggiamento o della disposizione indica che la vittima richiede una riparazione, il tribunale deve ordinare il risarcimento, a meno che ciò non sia previsto a termini di legge. Quando non ordina la riparazione, il giudice deve indicare chiaramente le motivazioni ufficiali della decisione.

### ***Cosa posso chiedere a titolo di riparazione?***

È possibile richiedere il rimborso di qualsiasi spesa sostenuta a causa del reato penale, anche delle spese che l'OVS potrebbe non essere in grado di rimborsare. La riparazione può includere, a titolo esemplificativo ma non limitativo, il rimborso di fatture mediche, spese per assistenza psicologica, mancati guadagni, spese funebri, franchigie assicurative e la sostituzione di beni danneggiati o rubati.

### ***Chi ha diritto alla riparazione?***

Chiunque sia stato vittima di un reato penale e abbia riportato lesioni, perdite economiche o danni, ha il diritto di chiedere una riparazione. Spesso le vittime non chiedono la riparazione anche se avrebbero diritto di farlo. In molti casi, infatti, le vittime non sono consapevoli di avere diritto a una riparazione, oppure non sanno come fare per richiederla.

### ***Cosa devo fare per richiedere la riparazione?***

È possibile contattare l'ufficio del DA comunicando l'entità delle lesioni riportate, le perdite effettivamente subite e l'importo dei danni per cui si richiede il risarcimento.

**È responsabilità del richiedente** mettere a disposizione della polizia, del DA e, su richiesta, del dipartimento locale per la libertà vigilata, copie delle fatture e degli altri documenti che attestano l'entità delle lesioni riportate, le perdite effettivamente subite e l'importo dei danni. La richiesta di riparazione verrà allegata al rapporto di indagine sulla libertà vigilata preparato prima della sentenza, del patteggiamento o della disposizione. È essenziale:

- Avere a disposizione una documentazione dettagliata, ad esempio le ricevute originali di tutte le spese sostenute come conseguenza diretta del reato penale.
- Consegnare copie delle ricevute alla polizia, al DA e al dipartimento locale per la libertà vigilata.

La necessità della riparazione deve essere illustrata in modo chiaro e in tempi brevi al DA, all'avvocato difensore della vittima/dei testimoni e al dipartimento per la libertà vigilata. È possibile procedere al patteggiamento entro alcuni giorni dalla data del reato penale. Se queste informazioni non vengono comunicate prima del patteggiamento e della sentenza, potrebbe essere necessario perseguire il responsabile del reato presso un tribunale civile.

Il DA è tenuto a presentare un'istanza al tribunale affinché ordini la riparazione.

In tutte le cause penali per reati gravi, in molte cause penali per reati di lieve entità e in tutte le cause che coinvolgono una persona soggetta a supervisione (Person In Need of Supervision, PINS) o un delinquente minorile, è obbligatorio preparare un rapporto di indagine prima della sentenza o della disposizione. Il dipartimento locale per la libertà vigilata provvederà a contattare il richiedente in merito alla riparazione.

### ***Come viene stabilita la riparazione?***

L'importo della riparazione si basa sulla documentazione che attesta le perdite effettivamente subite a causa del reato penale. Il responsabile del reato ha il diritto di opporsi in relazione all'importo della riparazione. Il tribunale può convocare un'udienza sulla riparazione, per valutare l'effettiva possibilità di corrispondere l'importo richiesto da parte del responsabile del reato. L'ufficio del DA potrebbe convocare il richiedente in qualità di testimone in occasione dell'udienza sulla riparazione. Se il richiedente non vuole presentarsi di persona in tribunale, è possibile valutare soluzioni alternative con il DA.

Se l'OVS ha già provveduto al pagamento, il tribunale potrebbe ordinare che i pagamenti di riparazione vengano corrisposti all'OVS per gli importi già versati. È necessario avvisare l'ufficio del DA dopo aver presentato una richiesta di risarcimento all'OVS.

Se si è presentata una richiesta all'OVS, è importante avvisare l'ufficio del DA nel caso in cui il tribunale ordini al responsabile del reato di versare una riparazione.

Leggere  
Come richiedere  
il risarcimento  
prima di compilare  
il presente modulo.

## Richiesta di risarcimento

Ufficio servizi per le vittime di violenza dello Stato di New York

Scrivere in stampatello. Rispondere a tutte le domande. Dichiarare il falso è reato!



### Riservato al Programma di assistenza alle vittime di violenza

N. ID VAP OVS	Nome/Telefono programma	Nome/E-mail avvocato difensore
---------------	-------------------------	--------------------------------

#### 1. Informazioni sulla vittima.

Cognome	Nome:	Iniziale secondo nome	N. di previdenza sociale <input type="checkbox"/> Se non è disponibile un numero di previdenza sociale, spuntare questa casella	Data di nascita	
Indirizzo postale:					
Via	Interno appartamento (o casella postale)	Città:	Contea:	Stato (o paese straniero)	CAP
<b>Razza/Etnia:</b> <input type="checkbox"/> Bianco/a <input type="checkbox"/> Nero/a <input type="checkbox"/> Ispanico/a <input type="checkbox"/> Nativo/a americano/a o dell'Alaska <input type="checkbox"/> Indiano/a asiatico/a <input type="checkbox"/> Cinese <input type="checkbox"/> Giapponese <input type="checkbox"/> Filippino/a <input type="checkbox"/> Coreano/a <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Bangladese <input type="checkbox"/> Pachistano/a <input type="checkbox"/> Guamaniano/a <input type="checkbox"/> Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano/a <input type="checkbox"/> Nativo/a delle Hawaii <input type="checkbox"/> Altra razza/etnia <input type="checkbox"/> Multietnico/a					
<b>Stato civile:</b> <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Separato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Convivente					
(MM/GG/AAAA) Sesso: <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> Altro		<b>La vittima era disabile al momento del reato?</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non saprei			
<input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere					

#### Come è venuto/a a conoscenza dell'Ufficio servizi per le vittime di violenza?

Polizia  Ospedale  Procuratore distrettuale  Programma assistenza vittime  Radio/TV  Opuscolo/Manifesto  Internet  Altro

#### 2. Se la persona che firma la presente richiesta non è la vittima, verrà identificata come richiedente. Informazioni personali. (Vedere "Chi può firmare la richiesta di risarcimento?" nella pagina delle istruzioni).

Cognome	Nome	Iniziale secondo nome	N. di previdenza sociale <input type="checkbox"/> Se non è disponibile un numero di previdenza sociale, spuntare questa casella.	Data di nascita	
Indirizzo postale:					
Via	Interno (o casella postale)	Città	Contea	Stato (o paese straniero)	CAP
Qual è la sua relazione con la vittima? (spuntare <b>una sola</b> casella) <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Tutore legale <input type="checkbox"/> Rappresentante legale <input type="checkbox"/> Altro (spiegare) _____					

#### 3. Informazioni sul reato. (Spuntare **una sola** casella)

##### La vittima è deceduta a

causa di:

- Veicolo a motore (guida in stato di ebbrezza)  
 Veicolo a motore (altro)  
 Terrorismo  
 Incendio doloso  
 Traffico di esseri umani  
 Altro omicidio

##### La vittima ha riportato lesioni a causa di:

- Aggressione  Stalking  
 Aggressione di natura sessuale  Sequestro di persona  
 Abbandono/Abusi fisici su minore  Terrorismo  
 Abusi sessuali su minore  Incendio doloso  
 Veicolo a motore (guida in stato di ebbrezza)  Rapina  
 Veicolo a motore (guida non in stato di ebbrezza)  Traffico di esseri umani  
 Pedopornografia  
Altro (indicare): \_\_\_\_\_

##### La vittima ha subito la perdita di beni personali essenziali a causa di:

- Furto con scasso  Incendio doloso  
 Veicolo a motore (guida in stato di ebbrezza)  Penale Illecito penale  
 Veicolo a motore (guida non in stato di ebbrezza)  
 Traffico di esseri umani  Frode/Reato finanziario  
 Furto (senza lesioni) Reato  
 Altro (indicare): \_\_\_\_\_

Dove si è verificato il reato? (Spuntare **una sola** casella)  Luogo di lavoro  Residenza di proprietà  Condominio  Strada pubblica

Metro/Autobus  Parcheggio  Ristorante/Bar  Scuola/Spazi annessi alla scuola  Centro commerciale  Altro (spiegare): \_\_\_\_\_

Il reato era associato ad atti di violenza domestica?.....  Sì  No  Non saprei

Il reato era associato ad atti di bullismo?.....  Sì  No  Non saprei

Il reato era associato ad abusi/abbandono di anziani?.....  Sì  No  Non saprei

Era un crimine d'odio? .....  Sì  No  Non saprei  
 La vittima era alla guida di un taxi/veicolo a noleggio al momento del reato?  Sì  No  Non saprei  
 I beni della vittima sono stati danneggiati o persi nel tentativo di impedire o fermare un reato contro terzi o di aiutare le autorità a fermare il reato? .....  Sì  No

**Numero di denuncia del reato:** \_\_\_\_\_ **Denuncia presentata presso stazione di polizia o istituzione giudiziaria:** \_\_\_\_\_

Contea in cui si è verificato il reato: \_\_\_\_\_ Data del reato: \_\_\_\_\_ Data di denuncia del reato: \_\_\_\_\_

Se sono trascorsi più di 7 giorni tra la data del reato e la data della denuncia, spiegarne il motivo: \_\_\_\_\_

Se è trascorso più di 1 anno tra la data del reato e la data della presente richiesta, spiegarne il motivo: \_\_\_\_\_

Fornire una descrizione del reato: \_\_\_\_\_

**4. Informazioni sul sospettato.** Nome del sospettato (se noto): \_\_\_\_\_

Il sospettato è stato arrestato per questo reato?  Sì  No  
 Il sospettato è stato perseguito per questo reato?  Sì  No  Non ancora  
 Il sospettato vive nella stessa abitazione della vittima OPPURE fa parte della famiglia della vittima?  Sì  No  
 Il tribunale ha emesso un provvedimento cautelare per questo caso?  Sì  No (Se sì, allegare una copia)  
 Il DA ha chiesto al tribunale di ordinare una riparazione?  Sì  No  Non ancora  
 Il tribunale ha ordinato al sospettato di versare un importo a titolo di riparazione?  Sì (importo \$ \_\_\_\_\_)  No  Non ancora

**NOTA:** se il richiedente ha diritto al risarcimento, l'OVS potrebbe essere in grado di rimborsare le spese indicate di seguito. Queste spese dovrebbero essere richieste anche nell'ambito della riparazione per ordinanza del tribunale. I richiedenti sono invitati a comunicare le suddette informazioni ai pubblici ministeri nell'ambito di una causa penale. Sono disponibili alcune informazioni importanti sulla riparazione nella pagina Informazioni sulla riparazione per ordinanza del tribunale.

**5. Informazioni sulle spese relative a questo reato. (Spuntare tutte le caselle pertinenti)**

Spese mediche/Ambulanza  Perdita di sostegno  Mancata retribuzione  Trasporto personale  
 Pulizia della scena del crimine (solo in caso di decesso)  Ricovero di vittime di violenza domestica  Spese mediche/Assistenza psicologica  
 Sistema/Dispositivo di sicurezza  Riabilitazione (professionale)  Trasloco/Custodia  Tribunale  
 Assistenza psicologica  Spese funebri/sepoltura  Beni personali essenziali  Perdita di risparmi  
 Altro (indicare): \_\_\_\_\_

**6. Indicare solo i beni personali essenziali, ad esempio contanti, occhiali o capi di abbigliamento, per i quali si richiede il risarcimento a causa del reato. (Se non pertinente, passare al punto 7)**

Descrivere i beni danneggiati/persi:	Costo	Descrivere i beni danneggiati/persi:	Costo
1.	\$	4.	\$
2.	\$	5.	\$
3.	\$	6.	\$

Compagnia di assicurazione del locatario/proprietario dell'abitazione	Numero ID o di polizza	Franchigia
		\$
Compagnia di assicurazione autonoma/di altro tipo	Numero ID o di polizza	Franchigia
		\$

— In assenza di lesioni e se la richiesta è relativa solo ai sussidi per beni personali essenziali, passare al punto 15. —

**7. Informazioni su impiego e assicurazione per mancata retribuzione della vittima o del genitore. Se il richiedente desidera che il suo datore di lavoro non sia contattato, non sarà possibile richiedere il rimborso della mancata retribuzione (passare al punto 8).**

La vittima o il genitore della vittima minorenne ospedalizzata aveva un datore di lavoro al momento del reato?  Sì  No (in questo caso, passare al punto 8.)  
 La vittima o il genitore della vittima minorenne ospedalizzata non ha potuto lavorare a causa del reato?  Sì  No

La vittima o il genitore svolgeva un lavoro autonomo?  Sì  No

(Se Sì, allegare copie della dichiarazione dei redditi federale dell'anno precedente e tutti i relativi allegati.)

Nome, indirizzo e numero di telefono del datore di lavoro:

( )  
\_\_\_\_\_  
Datore di lavoro Via Città Stato CAP Tel.

Nome, indirizzo e numero di telefono di altro datore di lavoro:

( )  
\_\_\_\_\_  
Datore di lavoro Via Città Stato CAP Tel.

Nome, indirizzo e numero di telefono del medico che ha certificato che la vittima non ha potuto recarsi al lavoro:

( )  
\_\_\_\_\_  
Medico Via Città Stato CAP Tel.

Informazioni sulla compagnia di assicurazione che coprirà le ore di lavoro perse dalla vittima. (Se non sono disponibili informazioni, scrivere "Nessuna informazione" di seguito e passare al punto 8.)

	Numero ID o di polizza oppure "Nessuna informazione"		Numero ID o di polizza oppure "Nessuna informazione"
1. Assicurazione contro la disoccupazione		5. Indennità per infortunio sul lavoro	
2. Assicurazione contro l'invalidità		6. Altra assicurazione	
3. Piano pensionistico		7. Sussidi di previdenza sociale (indicare il numero di previdenza sociale SSN)	SSN _____-_____-_____
4. Altra assicurazione		8. Reddito previdenziale supplementare (indicare il numero di previdenza sociale SSN)	SSN _____-_____-_____

**8. Se la vittima è deceduta e sono state sostenute spese di sepoltura, compilare i campi indicati di seguito. (Altrimenti, passare al punto 9.)**

Allegare anche una copia del contratto dell'impresa di onoranze funebri, altre fatture per le spese di sepoltura e una fotocopia del certificato di morte, se disponibili.

Nome della ditta di onoranze funebri: \_\_\_\_\_ Numero di telefono: ( ) \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_  
Via Città Stato CAP

**9. Se la vittima ha riportato lesioni o è deceduta a causa del reato, compilare i campi indicati di seguito:**

Breve descrizione delle lesioni riportate dalla vittima: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La vittima ha ricevuto cure mediche?  Sì  No (se **No**, passare al punto 10)

Informazioni sugli operatori sanitari che hanno curato le lesioni riportate dalla vittima del reato:

	Nome e cognome	Indirizzo completo	Numero di telefono
Primo ospedale	_____	_____	( ) _____
Altro ospedale	_____	_____	( ) _____
Primo medico (non in ospedale)	_____	_____	( ) _____
Altro medico	_____	_____	( ) _____
Primo dentista	_____	_____	( ) _____
Psicologo della vittima	_____	_____	( ) _____

**10. Informazioni sui familiari a carico della vittima o su altre persone a carico della vittima. (Se non pertinente, passare al punto 11.)**

Persona a carico	Nome	N. di previdenza sociale _____-_____-_____	Data di nascita	Relazione con la vittima
	Indirizzo			Lei è il tutore legale? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Altra persona a carico	Nome	N. di previdenza sociale _____-_____-_____	Data di nascita	Relazione con la vittima
	Indirizzo			Lei è il tutore legale? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Altra persona a carico	Nome	N. di previdenza sociale _____-_____-_____	Data di nascita	Relazione con la vittima
	Indirizzo			Lei è il tutore legale? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Se le persone a carico sono più di 3, allegare un foglio a parte e spuntare la casella indicata di seguito:

**11. Altri, oltre alla vittima, hanno ricevuto assistenza psicologica a causa del reato? (Se No, passare al punto 12.)**

Chi ha ricevuto assistenza psicologica?	Relazione con la vittima	Compagnia di assicurazione a cui è stata addebitata l'assistenza psicologica	Numero ID o di polizza
Nome, indirizzo e numero di telefono dello psicologo:			
Chi altro ha ricevuto assistenza psicologica?	Relazione con la vittima	Compagnia di assicurazione a cui è stata addebitata l'assistenza psicologica	Numero ID o di polizza
Nome, indirizzo e numero di telefono dello psicologo:			

Se più di 2 persone hanno ricevuto assistenza psicologica a causa del reato, spuntare la casella indicata di seguito e allegare un foglio a parte con la descrizione:

**12. Indicare l'assicurazione della vittima o dei familiari a carico della vittima. In mancanza di assicurazione, scrivere "Nessuna" di seguito.**

Se la domanda è stata presentata ma non è stata ancora ricevuta la copertura, scrivere "In attesa" sotto il numero ID o il numero di polizza.

	Numero ID o numero di polizza	Nome della persona (o delle persone) coperta/e da questa assicurazione:
Compagnia di assicurazione principale		
Compagnia di assicurazione sanitaria principale		
Altra assicurazione (lavorativa, odontoiatrica, oculistica, ecc.)		
Medicare		
Medicaid		
Indennità per infortunio sul lavoro		
Assicurazione autonoma		
Altra assicurazione		

**13. Informazioni su eventuali assicurazioni sulla vita o indennità per morte, in caso di decesso della vittima.**

(Se la vittima non è deceduta o non è titolare di un'assicurazione sulla vita/indennità per morte, passare al punto 14.)

	Nome compagnia	Indirizzo	Numero di telefono	Numero ID o di polizza
Assicurazione sulla vita	_____	_____	( ) _____	_____
Piano pensionistico	_____	_____	( ) _____	_____
Altro				



**Inviare i seguenti documenti ai fini dell'elaborazione della richiesta (*conservare una copia per riferimento*):**

- tutte le fatture e le ricevute per i servizi indicati nel presente modulo;
- modulo di richiesta di risarcimento compilato e firmato;
- un modulo HIPAA compilato per ciascun fornitore di servizi sanitari indicato nel presente modulo (è possibile fotocopiare il modulo HIPAA);
- lettere di una compagnia di assicurazione che attestino o autorizzino i pagamenti dei servizi indicati nel presente modulo.

*Importante:* affinché l'OVS possa effettuare il pagamento, è necessario **prima** addebitare l'importo alla compagnia di assicurazione o ai responsabili del piano di indennizzo.

**Inviare i documenti a:** New York State Office of Victim Services  
AE Smith Building  
80 S. Swan Street  
Albany, NY 12210-8002



**AUTORIZZAZIONE ALLA DIVULGAZIONE DELLE INFORMAZIONI SANITARIE (MODULO HIPAA)**  
**[Il presente modulo è stato approvato dal Dipartimento di salute dello Stato di New York]**

Nome del paziente	Data di nascita	Numero di previdenza sociale XXX-XX-____
Indirizzo del paziente		

Io, o il mio rappresentante autorizzato, chiedo che le informazioni riguardanti le cure e i trattamenti a cui sono sottoposto/a vengano divulgate secondo quanto stabilito nel presente modulo:

In conformità con la legge dello Stato di New York e con le norme sulla privacy definite nella Legge sulla responsabilità e trasferibilità in materia di copertura assicurativa (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) del 1996, dichiaro di comprendere che:

1. La presente autorizzazione potrà includere la divulgazione di informazioni relative ad **ABUSO DI ALCOLICI e FARMACI, TRATTAMENTI DI IGIENE MENTALE**, salvo note di psicoterapia, e **INFORMAZIONI RISERVATE SUL TRATTAMENTO PER L'HIV\*** solo se apporrò le mie iniziali sulla riga corrispondente al punto 9(a). Nel caso in cui le informazioni sanitarie descritte di seguito includano questo tipo di informazioni e io abbia apposto le mie iniziali sulla riga corrispondente alla casella del punto 9(a), autorizzo specificamente la divulgazione di tali informazioni alla persona o alle persone indicate al punto 8.

2. Qualora autorizzi la divulgazione di informazioni sul trattamento per l'HIV, l'abuso di alcolici o farmaci o su trattamenti di igiene mentale, il destinatario è tenuto a non divulgare nuovamente tali informazioni in assenza di autorizzazione da parte mia, salvo nei casi in cui ciò sia consentito dalla legge federale o statale. Riconosco di avere il diritto di richiedere un elenco delle persone che possono ricevere o utilizzare le informazioni sul trattamento per l'HIV senza autorizzazione. Nel caso in cui subisca discriminazioni a causa della comunicazione o della divulgazione di informazioni relative al trattamento per l'HIV, posso contattare la Divisione per i diritti civili (Division of Human Rights) dello Stato di New York al numero di telefono (212) 480-2493 o la Commissione per i diritti civili (Commission of Human Rights) della Città di New York al numero di telefono (212) 306-7450. Queste agenzie sono responsabili della tutela dei miei diritti.

3. Potrò revocare in qualunque momento la presente autorizzazione scrivendo all'operatore sanitario indicato di seguito. Sono consapevole di avere la facoltà di revocare la presente autorizzazione, ma non di annullare le azioni già adottate sulla base della presente autorizzazione.

4. Riconosco di aver firmato la presente autorizzazione di mia volontà. Il mio trattamento, il pagamento, l'adesione a un piano sanitario o l'idoneità a ricevere indennità non verranno condizionati dalla mia autorizzazione alla divulgazione delle informazioni.

5. Le informazioni divulgate in base alla presente autorizzazione potranno essere nuovamente divulgate dal destinatario (fatto salvo quanto riportato al punto 2). La nuova divulgazione potrebbe non ricadere sotto la tutela della legge federale o statale.

**6. LA PRESENTE AUTORIZZAZIONE NON CONSENTE LA DISCUSSIONE DELLE INFORMAZIONI SANITARIE O DEI TRATTAMENTI CLINICI CHE MI RIGUARDANO CON SOGGETTI DIVERSI DAL RAPPRESENTANTE LEGALE O DALL'AGENZIA STATALE INDICATI AL PUNTO 9 (b).**

7. Nome e indirizzo del fornitore di servizi o dell'ente di assistenza sanitaria che divulgherà queste informazioni:	
8. Nome e indirizzo delle persone o della categoria di persone a cui verranno inviate queste informazioni: <b>NYS OFFICE OF VICTIM SERVICES – AE SMITH BLDG., 80 S. SWAN ST., ALBANY, NY 12210-8002</b>	
9(a). Informazioni specifiche da divulgare: <input type="checkbox"/> Cartella clinica dal (inserire data) _____ al (inserire data) _____ <input type="checkbox"/> Cartella clinica completa con anamnesi del paziente, note di ufficio (tranne note di psicoterapia), risultati di test, studi radiologici, pellicole, consulenze, consulti, dati di fatturazione, dati di assicurazione e dati inviati da altri operatori sanitari. <input type="checkbox"/> Altro: _____ Includere: (Indicare con iniziali) _____ <b>Trattamento per abuso di alcol o farmaci</b> _____ <b>Informazioni sull'igiene mentale</b> _____ <b>Informazioni su trattamenti per l'HIV</b>	
<b>Autorizzazione a discutere informazioni sanitarie</b> (b) <input type="checkbox"/> Apponendo qui le mie iniziali _____ autorizzo _____ _____ Iniziali _____ Nome dell'operatore sanitario a discutere le informazioni sanitarie che mi riguardano con il mio rappresentante legale o l'agenzia statale indicata di seguito: <b>UFFICIO SERVIZI PER LE VITTIME DI VIOLENZA DELLO STATO DI NEW YORK</b> _____ (Nome del rappresentante legale/azienda o agenzia statale)	
10. Motivo della divulgazione delle informazioni: <i>Su richiesta dell'interessato, per poter stabilire l'idoneità a ricevere le indennità dall'Ufficio servizi per le vittime di violenza dello Stato di New York.</i>	11. Data o evento in cui scadrà la presente autorizzazione: <i>La presente autorizzazione non sarà più valida alla scadenza dell'idoneità a ricevere le indennità dell'Ufficio servizi per le vittime di violenza.</i>
12. Nome del firmatario del modulo, se diverso dal paziente:	13. Autorizzazione alla firma per conto del paziente:

Tutti i punti del presente modulo sono stati completati e ho ricevuto risposte alle mie domande sul modulo. Ho inoltre ricevuto copia del modulo.

Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del paziente o del rappresentante legalmente autorizzato.

\* **Virus da immunodeficienza umana che provoca l'AIDS. La Legge sulla sanità pubblica (Public Health Law) dello Stato di New York protegge le informazioni che possono ragionevolmente permettere di identificare un soggetto che presenti i sintomi o l'infezione da HIV e le informazioni che riguardano i contatti di un soggetto**