

طلب تقديم المطالبات والتعليمات

كيفية التقدم بطلب للحصول على تعويض

من الذي يمكنه التقدم بطلب للحصول على تعويض؟

يمكن لضحايا الجرائم الأبرياء وبعض الأقارب المحددين والمعالين والأوصياء القانونيين وفاعلي الخير (السامريين الصالحين) المؤهلين أن يتقدموا بطلب إلى مكتب خدمات الضحايا (OVS) من أجل الحصول على تعويض عن النفقات الخاصة التي لا يغطيها التأمين أو الموارد الأخرى.

ما نوع النفقات التي يمكنني الحصول على تعويض عنها؟

يقدم مكتب OVS التعويض فيما يتعلق بالإصابة الشخصية والوفاة وفقدان الممتلكات الشخصية الأساسية.

تشتمل النفقات المحددة التي قد يغطيها مكتب OVS على:

- نفقات الرعاية الطبية والأدوية الصيدلانية والاستشارات
- فقدان الممتلكات الشخصية الأساسية (حتى 500 دولار، بما يتضمن 100 دولار عن الأموال النقدية)
- نفقات الدفن أو الجنازة (حتى 6000 دولار)
- فقدان الأجر أو الدعم (حتى 30000 دولار) (قد يكون آباء الأطفال القصر المحجوزين بالمستشفى أو الأوصياء عليهم مؤهلين للحصول على هذا المخصص).
- المواصلات (المحكمة/الرعاية الطبية)
- إعادة التأهيل المهني/الوظيفي
- تكاليف مأوى ضحايا العنف المنزلي والأجهزة الأمنية
- تنظيف مسرح الجريمة (حتى 2500 دولار)
- فقدان ممتلكات فاعل الخير (السامري الصالح) (حتى 5000 دولار)
- نفقات الانتقال (حتى 2500 دولار)

كيف أطلب التعويض؟

أرسل إلينا طلب OVS بعد إكماله، إلى جانب نسخ من:

- محاضر الشرطة
- الفواتير الطبية
- المراسلات التي أجريت مع شركات التأمين أو خطة المخصصات بحيث توضح ما إذا كانوا سيغطون خسارتك
- بطاقات التأمين
- إيصالات للممتلكات الشخصية الأساسية
- شهادة الوفاة وعقد الجنازة
- شهادة ميلاد الضحية
- إثبات العمر (رخصة القيادة، شهادة الميلاد، وغيرها)
- أوراق الوصاية القانونية

ماذا لو كنت لا أملك بعضًا من الأوراق التي يحتاجها مكتب OVS؟

أرسل طلبك على الفور. يمكنك إرسال المستندات الأخرى لاحقًا.

ماذا لو تعرضت ممتلكاتي للفقدان أو التلف أو التدمير بسبب الجريمة؟

إذا كنت أقل من 18 عامًا، أو كان عمرك 60 عامًا أو أكثر، أو معاقًا، أو تعرضت للإصابة، فيحق لك التقدم بطلب للحصول على مخصصات كتعويض عن ممتلكاتك الشخصية الأساسية أو أموالك النقدية غير المغطاة من قبل أي مورد آخر.

يُقصد بكلمة "أساسية" أن تكون ضرورية من أجل صحتك وعافيتك، مثل النظارة والملابس.

ماذا لو كنت قد انتقلت إلى مكان آخر؟

أرسل خطابًا موجهًا إلى مكتب OVS على الفور. أخبرنا برقم هاتفك وعنوانك الجديد. يُرجى أيضًا إحاطتنا علمًا في حالة تغيير عنوان بريدك الإلكتروني.

من الذي يمكنه التوقيع على المطالبة؟

بشكل عام، يجب على الضحية أن يوقع على المطالبة. ولكن إذا كان عمر الضحية أقل من 18 عامًا، أو كان الضحية عاجزًا من الناحية الجسدية أو الذهنية عن التوقيع، فيجب على الوصي القانوني (الشخص الذي يتلقى المخصصات) أن يقوم بإكمال القسم (2) من المطالبة والتوقيع عليها. في حالة وفاة الضحية، فيجب على الشخص المطالب بالمخصصات أن يقوم بإكمال القسم (2) من المطالبة والتوقيع عليها.

هل هناك طريقة أخرى لتقديم الطلب؟

نعم. تفضّل زيارة ovs.ny.gov للوصول إلى بوابة خدمات الضحايا (VSP) وتقديم طلب عبر الإنترنت.

هل يجب عليّ إكمال نموذج HIPAA المرفق؟

نعم. قم بإكمال نموذج HIPAA لكل مقدم للخدمة. يمكن نسخ نموذج فارغ لعمل نسخ إضافية.

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

800-247-8035

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

ovs.ny.gov

معلومات بشأن التعويض الصادر بأمر من المحكمة

ما هو التعويض؟

التعويض هو مبلغ يُدفعه مرتكب الجريمة الجنائية إلى الضحية وذلك عن الخسائر والإصابات التي لحقت بالضحية نتيجة لتلك الجريمة الجنائية. ويجب أن يكون التعويض بأمر من المحكمة وقت إصدار الحكم، ويعتبر جزءًا من العقوبة.

ولا يكون التعويض بهدف جبر أضرار الخسائر المستقبلية أو الكرب النفسي أو "الألم والمعاناة".

حين يقوم مكتب محامي المنطقة (DA) بإخطار المحكمة بأنك قد طلبت تعويضًا أو حين يشير بيان الضرر الذي لحق بالضحية والمتضمن في محضر تحقيقات فترة المراقبة (محضر ما قبل الحكم أو ما قبل الإقرار أو ما قبل الفصل في القضية) إلى أن الضحية يسعى للحصول على تعويض، فيجب على المحكمة أن تأمر بالتعويض ما لم تستلزم مقتضيات العدالة خلاف ذلك. حين لا يأمر القاضي بالتعويض، فيجب على القاضي أن يذكر أسبابه بوضوح في محضر الجلسة.

ما الذي يمكنني طلبه باعتباره تعويضًا؟

يمكنك أن تطلب الحصول على تعويض عن أي نفقات تتكبدها نتيجة للجريمة الجنائية - حتى عن العناصر التي قد لا يتمكن مكتب OVS من التعويض عنها. قد يشمل التعويض، على سبيل المثال لا الحصر، التعويض عن الفواتير الطبية ونفقات الاستشارات وفقدان الدخل ونفقات الجنازة وخصومات التأمين واستبدال الممتلكات المسروقة أو التالفة.

من الذي يحق له التعويض؟

يمكن لأي شخص قد وقع ضحية لجريمة جنائية وتعرض لإصابات أو أضرار أو خسائر اقتصادية أن يطالب بالتعويض. في كثير من الأحيان، لا يطلب الضحايا المستحقون للتعويض هذا التعويض. وهذا قد يحدث بسبب عدم إدراك الضحايا بأن من حقهم الحصول على التعويض، أو لا يعرفون الخطوات التي يجب اتخاذها للمضي قدمًا في الحصول على التعويض الذي يستحقونه.

كيف أطلب التعويض؟

ينبغي لك الاتصال بمكتب محامي المنطقة (DA) وإخطاره بمدى إصابتك والخسائر المتكبدة من نفقاتك الشخصية ومقدار الأضرار الذي تطلبه.

تقع عليك مسؤولية تزويد الشرطة ومحامي المنطقة (DA)، وكذلك إدارة المراقبة المحلية عند الطلب، بنسخ من الفواتير والمستندات الأخرى التي توضح مدى إصابتك والخسائر التي تكبدها من نفقاتك الشخصية ومقدار الأضرار الذي ترغب في أن تضعه المحكمة عين الاعتبار. سيتم تضمين مطالبتك بالتعويض في أي تقرير من تقرير تحقيقات فترة المراقبة (تقرير ما قبل الحكم أو ما قبل الإقرار أو تقرير ما قبل الفصل في القضية). تأكد من قيامك بما يلي:

- الاحتفاظ بسجلات دقيقة، مثل الإيصالات الأصلية الخاصة لأي نفقات قد تكبدها باعتبارها نتيجة مباشرة للجريمة الجنائية.
- إعطاء نسخة من هذه الإيصالات إلى الشرطة ومحامي المنطقة (DA) وإدارة المراقبة المحلية.

يتعين عليك أن تشرح بوضوح حاجتك إلى التعويض في أقرب وقت ممكن إلى محامي المنطقة (DA) ومحامي الضحية/الشاهد وإدارة المراقبة. يمكن إجراء اتفاقيات تخفيف العقوبة خلال أيام من وقوع الجريمة الجنائية الفعلية. في حالة عدم تقديم هذه المعلومات قبل اتفاقية تخفيف العقوبة وإصدار الحكم، فيحق لك ملاحقة الجاني في المحكمة المدنية.

يكون محامي المنطقة (DA) ملزمًا بتقديم التماس إلى المحكمة لطلب التعويض نيابة عنك.

في جميع قضايا الجرائم الجنائية والعديد من قضايا الجُنح الجنائية وجميع قضايا جنوح الأطفال الأحداث والأشخاص الذي يحتاجون إلى الخضوع لإشراف (PINS)، يكون تقرير تحقيقات ما قبل الحكم أو ما قبل الفصل في القضية مطلوبًا. ستتصل بك إدارة المراقبة المحلية بخصوص التعويض المتعلق بقضيتك.

كيف يتم تحديد التعويض؟

يعتمد مبلغ التعويض على إثبات الخسائر التي تكبدها على نفقاتك الخاصة نتيجة للجريمة الجنائية. يحق للجاني الاعتراض على مبلغ التعويض. يجوز للمحكمة أن تعقد جلسة استماع بشأن مسألة التعويض والتي يمكن فيها للمحكمة أن تنتظر في قدرة الجاني على السداد. قد يتصل بك مكتب محامي المنطقة (DA) ويطلب منك الإدلاء بشهادتك في جلسة التعويض. إذا كانت لديك مخاوف بشأن المثل بنفسك في المحكمة، فينبغي لك استكشاف البدائل مع محامي المنطقة (DA) المكلف بقضيتك.

إذا قام مكتب OVS بسداد فواتيرك، فقد تأمر المحكمة بسداد مدفوعات التعويض إلى مكتب OVS نظير تلك البنود المدفوعة. من المهم أن تقوم بإخطار مكتب محامي المنطقة (DA) بأنك قد قدمت مطالبة لدى مكتب OVS.

إذا قدمت مطالبة لدى مكتب OVS، فمن المهم أن تُخطر مكتب OVS إذا أمرت المحكمة بالزام الجاني بسداد تعويض.



طلب التعويض
مكتب خدمات الضحايا (OVS) بولاية نيويورك

اقرأ كيفية التقدم بطلب
للحصول على تعويض
قبل إكمال هذا النموذج.

يُرجى الكتابة بأحرف واضحة. أجب عن جميع الأسئلة. إن تقديم المطالبات الكاذبة يعتبر جريمة!

مخصص لاستخدام برنامج مساعدة الضحايا فقط

رقم معرف برنامج VAP لدى مكتب OVS	اسم/هاتف البرنامج	اسم المحامي/البريد الإلكتروني الخاص به
----------------------------------	-------------------	--

1 أخبرنا عن الضحية.

الاسم الأخير	الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط	رقم الضمان الاجتماعي ضع علامة هنا إذا كان لديك رقم.	تاريخ الميلاد
العنوان البريدي:				
رقم الشارع	الشقة (أو الصندوق البريدي)	المدينة	المقاطعة	ولاية (أو الدولة الأجنبية)
العرق/الأصل الإثني: <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أسود <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> إسباني <input type="checkbox"/> أمريكي هندي/من سكان الأسكا الأصليين <input type="checkbox"/> من سكان جزر المحيط الهادئ/من السكان الأصليين لهاواي <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> متعدد الأعراق				
الحالة الاجتماعية: <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> يعيش مع شريك				
النوع: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى هل كان الضحية يعاني من إعاقة في وقت وقوع الجريمة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف				

كيف سمعت لأول مرة عن مكتب خدمات الضحايا؟

الشرطة المستشفى محامي المنطقة برنامج مساعدة الضحايا الإذاعة/التلفزيون نشرة/ملصق دعائي الإنترنت غير ذلك

2 إذا لم تكن أنت الضحية، وقمت بالتوقيع على هذه المطالبة، فستكون أنت المدعي. حدثنا عن نفسك. (اطلع على صفحة التعليمات "من الذي يمكنه التوقيع على المطالبة؟").

الاسم الأخير	الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط	رقم الضمان الاجتماعي ضع علامة هنا إذا كان لديك رقم.	تاريخ الميلاد
العنوان البريدي:				
رقم الشارع	الشقة (أو الصندوق البريدي)	المدينة	المقاطعة	ولاية (أو الدولة الأجنبية)
لاقتك/صلة قرابتك بالضحية؟ (اختر واحدًا فقط):				
<input type="checkbox"/> أحد الأوبين <input type="checkbox"/> زوج/زوجة <input type="checkbox"/> طفل <input type="checkbox"/> وصي قانوني <input type="checkbox"/> محامي <input type="checkbox"/> غير ذلك (يُرجى التوضيح):				

3 حدثنا عن الجريمة. (اختر خيارًا واحدًا فقط).

توفي الضحية بسبب:	تعرض الضحية للإصابة بسبب:	فقد الضحية ممتلكات شخصية أساسية بسبب:
<input type="checkbox"/> سيارة (قيادة تحت تأثير/قيادة أثناء السكر)	<input type="checkbox"/> الاعتداء	<input type="checkbox"/> السطو
<input type="checkbox"/> سيارة (غير ذلك)	<input type="checkbox"/> الاعتداء الجنسي	<input type="checkbox"/> سيارة (قيادة تحت تأثير/قيادة أثناء السكر) جريمة
<input type="checkbox"/> إرهاب	<input type="checkbox"/> إهمال/الاعتداء الجسدي على طفل	<input type="checkbox"/> سيارة (ليست قيادة تحت تأثير/قيادة أثناء السكر) جنائية
<input type="checkbox"/> الحرق العمد	<input type="checkbox"/> الاعتداء الجنسي على طفل	<input type="checkbox"/> الاتجار بالبشر
<input type="checkbox"/> الاتجار بالبشر	<input type="checkbox"/> سيارة (قيادة تحت تأثير/قيادة أثناء السكر)	<input type="checkbox"/> السرقة (دون إصابة)
<input type="checkbox"/> جريمة قتل أخرى:	<input type="checkbox"/> سيارة (ليست قيادة تحت تأثير/قيادة أثناء السكر)	<input type="checkbox"/> السرقة (دون إصابة) مالية
	<input type="checkbox"/> المواد الإباحية للأطفال الفُصر	<input type="checkbox"/> غير ذلك (يُرجى التوضيح):

أين وقعت الجريمة؟ (اختر خيارًا واحدًا فقط): العمل سكن ملوك عقار سكني شارع عام

مترو الأنفاق/الحافلة ساحة انتظار السيارات مطعم/حانة مدرسة/ملاعب مدرسة مركز تسوق غير ذلك (يُرجى التوضيح):

هل كانت هذه جريمة متعلقة بالعنف المنزلي (الأسري)؟ نعم لا غير معروف

هل كانت هذه جريمة متعلقة بالتمتر؟ نعم لا غير معروف

هل كانت هذه جريمة متعلقة بإساءة إلى كبار السن؟ نعم لا غير معروف

هل كانت هذه جريمة كراهية؟ نعم لا غير معروف

هل كان الضحية يقود سيارة أجرة عندما وقعت الجريمة؟ نعم لا غير معروف

هل تعرضت ممتلكات الضحية للفقْدان أو التضرر أثناء محاولة منع أو إيقاف جريمة ضد شخص آخر أو أثناء مساعدة السلطات على إيقاف الجريمة؟ نعم لا غير معروف

رقم محضر الجريمة: وكالة العدالة الجنائية أو الشرطة التي تم إبلاغها:

المقاطعة التي حدثت فيها الجريمة: تاريخ الجريمة: تاريخ الإبلاغ عن الجريمة:

في حالة مرور أكثر من 7 أيام بين تاريخ وقوع الجريمة وتاريخ الإبلاغ عنها، فيُرجى شرح السبب:

في حالة مرور أكثر من عام واحد بين تاريخ وقوع الجريمة وتاريخ تقديم هذه المطالبة، فيُرجى شرح السبب:

لخص الجريمة بأسلوبك الخاص:

4 حدثنا عن المشتبه به. اسم المشتبه به (إن كنت تعرفه):

- هل تم القبض على المشتبه به فيما يخص هذه الجريمة؟ نعم لا
- هل تمت مقاضاة المشتبه به عن هذه الجريمة؟ نعم لا ليس بعد
- هل يعيش المشتبه به في نفس منزل الضحية أو هل المشتبه به واحدًا من أفراد عائلة الضحية؟ نعم لا
- هل أصدرت المحكمة أمر حماية في هذه القضية؟ نعم لا (إن كانت الإجابة بنعم، فأرفق نسخة).
- هل طلب محامي المنطقة (DA) من المحكمة الأمر بالتعويض؟ نعم لا ليس بعد
- هل أمرت المحكمة بالزام المشتبه به بدفع تعويض؟ نعم لا (المبلغ _____ دولار) ليس بعد

ملاحظة - إذا كنت مؤهلاً للحصول على تعويض، فقد يتمكن مكتب OVS من دفع تعويض عن النفقات المدرجة أدناه. ينبغي طلب هذه البنود أيضًا باعتبارها جزءًا من التعويض الملزم بأمر من المحكمة. يُشجع مقدمو الطلبات على مشاركة هذه المعلومات مع ممثلي الادعاء العام إذا كانت هناك قضية جنائية. اطلع على صفحة معلومات التعويض الملزم بأمر من المحكمة لمعرفة المعلومات المهمة المتعلقة بالتعويض.

5 حدثنا عن نفقاتك المتعلقة بهذه الجريمة. (ضع علامة على كل ما ينطبق.)

- طبية/سيارة إسعاف فقدان الدعم فقدان الأجور مواصلات/انتقالات شخصية
- تنظيف مسرح الجريمة (مطالبة الوفاة فقط) مأوى العنف المنزلي رعاية طبية/استشارات
- جهاز/نظام أمان تأهيل مهني انتقال/تخزين محكمة
- استشارات جنازة/دفن ممتلكات شخصية أساسية
- غير ذلك (يُرجى التوضيح): _____

6 قم بإدراج أي ممتلكات شخصية أساسية، مثل النقود أو النظارة أو الملابس التي يجب استبدالها بسبب هذه الجريمة. (إذا لم يكن هناك شيء، فانتقل إلى 7.)

وصف ما تم فقده/إتلافه:	التكلفة	وصف ما تم فقده/إتلافه:	التكلفة
1. _____	دولار _____	4. _____	دولار _____
2. _____	دولار _____	5. _____	دولار _____
3. _____	دولار _____	6. _____	دولار _____

شركة تأمين مستأجر/مالك للمنزل	رقم المعرف أو الوثيقة	مبلغ الخصم
شركة تأمين سيارات/غير ذلك <th>رقم المعرف أو الوثيقة</th> <th>دولار سنويًا</th>	رقم المعرف أو الوثيقة	دولار سنويًا

إذا لم تكن هناك إصابات وكنت تطلب فقط مخصصات عن الممتلكات الشخصية الأساسية، فانتقل إلى رقم 15. —

7 حدثنا عن عمل الضحية أو الوالي الضحية والتأمين الخاص بفقدان الأجور.

إذا كنت لا ترغب في أن نتصل بجهة عملك، فلا يمكنك أن تطلب التعويض عن فقدان الأجور. (انتقل إلى 8.)

- هل كان الضحية/والد الضحية القاصر الذي تم إدخاله المستشفى يعمل حين وقعت الجريمة؟ نعم لا (إذا كانت الإجابة بلا، فانتقل إلى رقم 8.)
- هل غاب الضحية/والد الضحية القاصر الذي تم إدخاله المستشفى عن عمله بسبب الجريمة؟ نعم لا
- هل كان الضحية/الوالد يعمل لحسابه الخاص؟ نعم لا (إذا كانت الإجابة بنعم، فقم بإرفاق نسخ من الإقرار الضريبي الفيدرالي للعام السابق وجميع الجداول.)
- اسم جهة (صاحب) العمل وعنوانه ورقم هاتفه: _____

جهة العمل	الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	رقم الهاتف
اسم جهة (صاحب) عمل آخر وعنوانه ورقم هاتفه:					

جهة العمل	الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	رقم الهاتف
اسم وعنوان ورقم هاتف الطبيب الذي صدق على أن الضحية لا يمكنه الذهاب إلى العمل:					

الطبيب	الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	رقم الهاتف
حدثنا عن أي شركة تأمين ستغطي الوقت الذي غابته الضحية عن العمل. (إذا لم يكن هناك وقت قد غابته، فاكتب "لا شيء" أدناه وانتقل إلى رقم 8.)					

رقم المعرف أو الوثيقة	رقم المعرف أو الوثيقة أو "لا شيء"
1. تأمين البطالة	5. تعويض العاملين
2. تأمين الإعاقة	6. تأمين آخر
3. خطة التقاعد	7. مخصصات الضمان الاجتماعي (رقم SSN مطلوب)
4. تأمين آخر	8. مخصصات SSI (رقم ssn مطلوب)

8 في حالة وفاة الضحية، فقم بإكمال الجزء الوارد أدناه إذا كان لديك أي مصروفات للدفن. (إذا لم يكن الأمر كذلك، فانتقل إلى رقم 9.)
قم أيضًا بإرفاق نسخة من العقد المبرم مع دار الجنائز وغيرها من قوائم نفقات الدفن ونسخة ضمنية من شهادة الوفاة، إذا كانت بحوزتك.

العنوان:	الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
اسم دار الجنائز:				
رقم الهاتف:				

9 في حالة إصابة الضحية أو وفاته بسبب هذه الجريمة، فقم بإكمال الجزء الوارد أدناه.

صف إصابات الضحية، بإيجاز:

هل تلقى الضحية أي علاج طبي؟ نعم لا (إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى القسم 10).

حدثنا عن الأشخاص الذين عالجوا الضحية من الإصابات المتعلقة بهذه الجريمة:

رقم الهاتف	العنوان الكامل	الاسم الكامل
()		أول مستشفى
()		مستشفى آخر
()		أول طبيب (ليس في المستشفى)
()		طبيب آخر
()		أول طبيب أسنان
()		مستشار الضحية

10 حدثنا عن الأشخاص الذين يعولهم الضحية وغيرهم ممن كانوا يعتمدون على الدعم المقدم من الضحية. (إذا لم يكن هناك شيء، فانتقل إلى 11).

المعال	الاسم	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	العلاقة بالضحية
العنوان	هل أنت وصي قانوني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
	الاسم	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	العلاقة بالضحية
مُعال آخر	هل أنت وصي قانوني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
	الاسم	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	العلاقة بالضحية
مُعال آخر	هل أنت وصي قانوني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
	الاسم	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	العلاقة بالضحية

في حالة وجود أكثر من 3 معالين، فقم بإرفاق ورقة منفصلة وضع علامة هنا:

11 هل هناك أي شخص غير الضحية يتلقى استشارة بسبب هذه الجريمة؟ (إذا لم يكن الأمر كذلك، فانتقل إلى رقم 12).

من الذي تلقى الاستشارات؟	العلاقة بالضحية	شركة التأمين التي تمت مطالبتها بفواتير الاستشارات	رقم المعرف أو الوثيقة
اسم المستشار والعنوان ورقم الهاتف:			
من أيضًا قد تلقى الاستشارات؟ <th>العلاقة بالضحية</th> <th>شركة التأمين التي تكبدت فواتير الاستشارات</th> <th>رقم المعرف أو الوثيقة</th>	العلاقة بالضحية	شركة التأمين التي تكبدت فواتير الاستشارات	رقم المعرف أو الوثيقة
اسم المستشار والعنوان ورقم الهاتف:			

في حالة حصول أكثر من شخصين على الاستشارات بسبب هذه الجريمة، فضع علامة هنا وقم بإرفاق ورقة منفصلة من أجل الوصف.

12 قم بإدراج أي تأمين يغطي الضحية أو الأشخاص الذين يعولهم الضحية. في حالة عدم وجود تأمين، فاكتب "لا شيء" أدناه. إذا كنت قد تقدمت بطلب ولكن لم تتم تغطيتك بعد، فاكتب "معلق" تحت رقم المعرف أو الوثيقة.

اسم الشخص (الأشخاص) الذي تشملته تغطية التأمين هذا:

رقم المعرف أو الوثيقة	اسم الشخص (الأشخاص) الذي تشملته تغطية التأمين هذا:
	شركة التأمين الأساسية
	شركة التأمين الطبي الأساسية
	تأمين آخر (نقابة، طب الأسنان، الرؤية، غير ذلك)
	Medicare
	Medicaid
	تعويض العاملين
	التأمين على السيارات
	تأمين آخر

13 في حالة وفاة الضحية، أخبرنا عن أي تأمين على الحياة ومخصصات الوفاة.
(في حالة عدم وفاة الضحية، أو عدم وجود تأمين على الحياة أو مخصصات للوفاة، فانقل إلى رقم 14.)

اسم الشركة	العنوان	رقم الهاتف	رقم المعرف أو الوثيقة
تأمين على الحياة	_____	() _____	_____
خطة تقاعد	_____	() _____	_____
غير ذلك	_____	() _____	_____
تأمين/خطة	_____	() _____	_____
Medicaid	_____	() _____	_____
تعويض العاملين	_____	() _____	_____

في حالة وجود أي تأمين آخر أو مخصصات للوفاة، فقم بإدراجها هنا:

هل تغطي أي من هذه السياسات نفقات دفن الضحية؟ نعم لا

هل تقدم أي شخص للحصول على مخصص الوفاة من الضمان الاجتماعي؟ نعم لا

14 حدثنا عن وضعك المالي. يجب عليك إكمال جميع الأقسام الواردة أدناه. في حالة عدم وجود شيء، فأدخل صفرًا (0).

كم عدد الأشخاص الذين تعولهم؟ _____

ما إجمالي دخلك السنوي (من جميع المصادر)؟ إذا لم تكن متأكدًا، فقدم تقديرًا لذلك: (بالدولار) _____

قم بإدراج جميع أصولك وجميع ديونك أدناه. إذا لم تكن متأكدًا، فقدم تقديرًا لذلك. أرفق صفحات إضافية إذا لزم الأمر.

أصولك - في حالة عدم وجودها، فأدخل صفرًا (0).		ديونك - بكم تددين الآن؟	
المدخرات، الأسهم، السندات	دولار	في حالة عدم وجودها، فأدخل صفرًا (0).	
الممتلكات العقارية (منزل، إنج)	دولار	الرهن العقاري	دولار
عائدات التأمين على الحياة	دولار	قروض	دولار

15 هل هناك محام خاص (وليس محاميًا بالمنطقة) يمثلك؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم:

اسم المحامي	العنوان	رقم الهاتف
()		

16 الإذن بالتحدث مع الممثل:

إذا كنت ترغب في إعطاء إذن لأحد أفراد العائلة أو الأصدقاء أو شخص آخر للتحدث مع مكتب OVS بخصوص مطالبتك، فقم بإدخاله هنا.

اسم الشخص	العنوان	رقم الهاتف
()		

17 تفويض المدعي/الضحية:

أقر بأن قبول منحة من مكتب خدمات الضحايا (OVS) يخلق حق امتياز لصالح ولاية نيويورك على أي تعويض يتعلق بالجريمة التي تستند إليها هذه المطالبة، بما في ذلك أي حكم أو تسوية أو أمر بالتعويض. وأقر بأنني أيضًا أفوض أي مدير للجانز أو محام أو جهة عمل أو شرطة أو سلطة عامة أخرى أو شركة تأمين أو أي شخص قدم خدمات لما سبق، أو لديه علم بذلك، بتزويد مكتب OVS أو ممثليه بالمعلومات التالية: سجلات تعويض العاملين، والمعلومات المتعلقة بالجريمة أو أي إصابات أو وفاة نتيجة للجريمة، والمعلومات المتعلقة بهذه المطالبة. في حالة صدور منحة، فإنني أفوض مكتب OVS بسداد المدفوعات مباشرة إلى مقدم الخدمات. كما أنني أصرح أيضًا لمكتب OVS بمشاركة معلوماتي وسجلاتي المجمعة لهذه المطالبة مع برنامج مساعدة الضحايا (VAP) المحلي من أجل تمكين برنامج VAP من مساعدة مكتب OVS من مساعدة مكتب OVS في معالجة مطالبتي واتخاذ قراره. في حالة الإشارة إلى محام خاص أعلاه، فإنني أفوض أيضًا مكتب OVS بمشاركة معلوماتي وسجلاتي المجمعة لهذه المطالبة مع المحامي حتى يتصرف باعتباره ممثلًا لي. وأفهم بأنه ستكون هناك حاجة إلى إشعار منفصل بالمثل من المحامي الخاص بي إلى جانب هذا التفويض. في حالة الإشارة إلى أحد أفراد الأسرة أو الأصدقاء أو أي شخص آخر أعلاه، فإنني أفوض مكتب OVS بمشاركة معلوماتي وسجلاتي المجمعة لهذه المطالبة مع ذلك الشخص حتى يساعدني فيما يخص هذه المطالبة.

سيتم اعتبار أي نسخة ضمنية من هذا التفويض سارية مثلها مثل النسخة الأصلية.

توقيع المدعي	التاريخ	رقم الهاتف المتاح نهاريًا
البريد الإلكتروني: <input type="checkbox"/> اللغة التي تفضل التحدث بها: <input type="checkbox"/> الإنجليزية <input type="checkbox"/> الإسبانية <input type="checkbox"/> الصينية البسيطة		()
الحاجة إلى مترجم فوري: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> الروسية <input type="checkbox"/> الكريولية <input type="checkbox"/> الهايتية <input type="checkbox"/> الإيطالية <input type="checkbox"/> الكورية		

لمعالجة طلبك، أرسل إلينا المستندات التالية بالبريد العادي. (احتفظ بنسخة من أجل سجلاتك.)

- جميع الفواتير وإيصالات الخدمات المدرجة في هذا النموذج
 - نموذج المطالبة المكتمل والموقع عليه منك
 - نموذج HIPAA المكتمل لكل مقدم للخدمة مدرج بهذا النموذج (يمكنك نسخ نموذج HIPAA ضمنيًا).
 - خطابات من أي شركة تأمين ترفض أو تصرح بالدفع مقابل الخدمات المدرجة في هذا النموذج.
- تذكر: يجب عليك تحرير فاتورة إلى شركة تأمينك أو خطة المخصصات الخاصة بك قبل أن يتمكن مكتب OVS من السداد.

أرسل مستنداتك عبر البريد إلى:
New York State Office of Victim Services
AE Smith Building
80 S. Swan Street
Albany, NY 12210-8002



تفويض بالإفصاح عن المعلومات الصحية وفقاً لقانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة (HIPAA)
[تم اعتماد هذه النموذج من قبل إدارة الصحة بولاية نيويورك]

رقم الضمان الاجتماعي _____-XXX-XX	تاريخ الميلاد	اسم المريض
		عنوان المريض

أطالب أنا، أو ممثلي المفوض، بأن يتم الكشف عن المعلومات الصحية المتعلقة برعايتي وعلاجي بالطريقة الموضحة بهذا النموذج:

بموجب قانون ولاية نيويورك وقاعدة الخصوصية في قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة لعام 1996 (HIPAA)، فإنني أقر باستيعابي لما يلي:

1. أن هذا التصريح قد يشمل الإفصاح عن معلومات تتعلق بتعاطي الكحول وسوء استخدام العقاقير والعلاج المتعلق بالصحة العقلية، ما عدا ملاحظات العلاج النفسي، والمعلومات السرية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) فقط إذا وقعت بالأحرف الأولى من اسمي على السطر المناسب في الفقرة 9(ب). في حالة كون المعلومات الصحية الموصوفة أدناه تتضمن أيًا من أنواع هذه المعلومات، وقيامي بالتوقيع بالأحرف الأولى من اسمي على السطر داخل المربع في الفقرة 9، فأنا أصرح بصفة خاصة بالإفصاح عن مثل هذه المعلومات إلى الشخص (الأشخاص) المشار إليه (إليهم) في الفقرة 8

2. إذا قمت بالإفصاح عن معلومات متعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة أو عن العلاج من إدمان الكحوليات أو العقاقير أو عن علاج الصحة العقلية، يُحظر على المتلقي إعادة الإفصاح عن مثل هذه المعلومات إلا إذا كان مسموحًا بذلك بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية. أعي أن لي الحق في طلب قائمة بالأشخاص الذين قد يتلقون أو يستخدمون المعلومات الخاصة بي المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية HIV دون تصريح مني. إذا تعرضت للتمييز نتيجة الكشف عن المعلومات الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو الإفصاح عنها، يحق لي الاتصال بإدارة حقوق الإنسان على الرقم 480-2493 (212) أو مفوضية حقوق الإنسان بولاية نيويورك على الرقم (212) 7450-306. تتحمل هذه الوكالات مسؤولية حماية حقوقي.

3. لدي الحق في إلغاء هذا التفويض في أي وقت من خلال إرسال خطاب مكتوب إلى مقدم الرعاية المذكور أدناه. أدرك أنه يمكنني إلغاء هذا التصريح طالما لم يتم بالفعل اتخاذ أي إجراء بناءً عليه.

4. أدرك أن التوقيع على هذا التفويض هو أمر تطوعي. ولن يكون علاجي أو مدفوعي أو التحاقني بإحدى الخطط الصحية أو أهليتي للحصول على المخصصات مشروطاً بتصريحي بهذا الإفصاح.

5. يمكن إعادة الإفصاح عن المعلومات المكشوف عنها هنا من قبل المتلقي (باستثناء ما هو مبين أعلاه في البند 2)، وقد لا تظل إعادة الكشف تلك غير خاضعة للحماية بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية.

6. إن هذا التفويض لا يصرح لك بمناقشة معلوماتي الصحية أو رعايتي الطبية مع أي شخص آخر غير المحامي والوكالة الحكومية المحددة في البند 9(ب).

7. اسم وعنوان مقدم الرعاية الصحية أو الجهة المصرح لها بالكشف عن هذه المعلومات:

8. اسم وعنوان الشخص (الأشخاص) أو الفئة التي ينتمي لها الشخص الذي سترسل إليه هذه المعلومات:

NYS OFFICE OF VICTIM SERVICES – AE SMITH BLDG., 80 S. SWAN ST., ALBANY, NY 12210-8002

9(أ). المعلومات المحددة التي سيتم الكشف عنها:

- السجلات الطبية من (أدخل التاريخ) إلى (أدخل التاريخ)
- السجلات الطبية كاملة، بما يتضمن سجلات تاريخ المريض والملاحظات المكتوبة (باستثناء ملاحظات العلاج النفسي) ونتائج الاختبارات ودراسات الأشعة والأفلام والإحالات والاستشارات وسجلات تحرير الفواتير وسجلات التأمين والسجلات المرسله إليك من قبل مقدمي الرعاية الصحية الآخرين.
- غير ذلك: _____
- يتضمن: (حدد بكتابة الأحرف الأولى من اسمك الأوسط)

علاج الكحول/المخدرات _____

معلومات الصحة العقلية _____

المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) _____

تفويض بمناقشة المعلومات الصحية

(ب) من خلال التوقيع بالأحرف الأولى من اسمي هنا،

الأحرف الأولى من الاسم اسم مقدم الرعاية الصحية الفردي

فإنني أفوض

لمناقشة معلوماتي الصحية مع المحامي الخاص بي أو مع إحدى الوكالات الحكومية المدرجة هنا:

مكتب خدمات الضحايا (OVS) بولاية نيويورك

(اسم المحامي/مكتب المحاماة أو اسم الوكالة الحكومية)

10. سبب الكشف عن المعلومات:

بناءً على طلب الفرد لأغراض إثبات الأهلية لمخصصات مكتب خدمات الضحايا بولاية نيويورك.

11. التاريخ أو الحدث الذي سينتهي فيه هذا التفويض.

سينتهي سريان هذا التفويض عند انتهاء أهلية الفرد لمخصصات مكتب خدمات الضحايا.

12. إذا لم يكن المريض هو الذي سيقوم، اسم الشخص الموقع على النموذج:

13. السلطة للتوقيع نيابةً عن المريض:

تم إكمال جميع فقرات هذا النموذج، وتمت الإجابة عن جميع أسئلتني المتعلقة به. بالإضافة إلى ذلك، فقد تم تزويدي بنسخة من النموذج.

التاريخ: _____

توقيع المريض أو الممثل المفوض من قبل القانون.

* فيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة الذي يُسبب مرض الإيدز (AIDS). يحمي قانون الصحة العامة الخاص بولاية نيويورك المعلومات التي قد تؤدي بصورة منطقية إلى تحديد شخص ما بصفته مصاباً بأعراض أو عدوى فيروس HIV ويحمي أيضاً المعلومات المتعلقة بجهات الاتصال الخاصة بأي شخص.