



Istruzioni e richiesta di risarcimento

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 compagnie di assicurazione 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 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

ovs.ny.gov

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

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.

Dopo aver presentato 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. È necessario 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	Numero di previdenza sociale (social security) <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
Razza/Etnia: <input type="checkbox"/> Bianco/a <input type="checkbox"/> Nero/a <input type="checkbox"/> Asiatico/a <input type="checkbox"/> Ispanico/a <input type="checkbox"/> Nativo/a americano o dell'Alaska <input type="checkbox"/> Nativo/a delle Hawaii o delle isole del Pacifico <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Multietnico/a					
Stato civile: <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					
Genere: <input type="checkbox"/> Maschile <input type="checkbox"/> Femminile La vittima era disabile al momento del reato? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so					

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

Polizia Ospedale Procuratore distrettuale Programma di assistenza alle vittime di violenza 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	Numero 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

Qual è la sua relazione con la vittima? (Spuntare **una sola** casella.)

Genitore Coniuge Figlio/a Tutore legale Rappresentante legale Altro (Fornire maggiori dettagli): _____

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)
- Atto terroristico
- Incendio doloso
- Traffico di esseri umani
- Altro omicidio:

La vittima ha riportato lesioni a causa di:

- Aggressione
- Aggressione di natura sessuale
- Abusi fisici/Abbandono di minore
- Abuso sessuale di minore
- Veicolo a motore (guida in stato di ebbrezza)
- Veicolo a motore (non per guida in stato di ebbrezza)
- Pornografia minorile
- Altro (fornire maggiori dettagli): _____
- Stalking
- Sequestro di persona
- Atto terroristico
- Incendio doloso
- Rapina
- Traffico di esseri umani

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

- Furto
- Veicolo a motore (guida in stato di ebbrezza)
- Veicolo a motore (non per guida in stato di ebbrezza)
- Traffico di esseri umani
- Furto (senza lesioni)
- Altro (fornire maggiori dettagli): _____
- Incendio doloso
- Veicolo
- Illecito penale
- Frode/Reato finanziario

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

Metro/Autobus Parcheggio Ristorante/Bar Scuola/Spazi annessi alla scuola Centro commerciale Condominio Strada pubblica Altro (fornire maggiori dettagli): _____

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

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

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

Era un crimine d'odio? Sì No Non so

La vittima era alla guida di un taxi/veicolo a noleggio al momento del reato? Sì No Non so

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 di _____ \$*) 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 o per assistenza psicologica
- Sistema/Dispositivo di sicurezza Riabilitazione (professionale) Trasloco/Custodia Tribunale
- Assistenza psicologica Spese funebri/sepoltura Beni personali essenziali
- Altro (*fornire maggiori dettagli*): _____

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 numero di polizza	Franchigia \$ _____
Compagnia di assicurazione autonoma/di altro tipo	Numero ID o numero 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 Numero di telefono

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

(_____)
 Datore di lavoro Via Città Stato CAP Numero di telefono

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 Numero di telefono

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 o "Nessuna"		Numero ID o di polizza o "Nessuna"	
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 per esteso	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.)

Familiare a carico	Nome	Numero di previdenza sociale	Data di nascita	Relazione con la vittima
	Indirizzo			Lei è il tutore legale? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Altro familiare a carico	Nome	Numero di previdenza sociale	Data di nascita	Relazione con la vittima
	Indirizzo			Lei è il tutore legale? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Altro familiare a carico	Nome	Numero 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 i familiari 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 di polizza.

	Numero ID o 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 Assicurazione/Piano _____	_____	() _____	_____
Medicaid _____	_____	() _____	_____
Indennità per infortunio sul lavoro _____	_____	() _____	_____

Indicare qui l'eventuale altra assicurazione o indennità per morte: _____

Una o più di queste polizze coprono le spese di sepoltura della vittima? Sì No

È stata presentata domanda di indennità per morte presso la previdenza sociale? Sì No

14 Informazioni sulla situazione finanziaria. DEVONO essere compilate TUTTE le sezioni indicate di seguito. Se non sono disponibili informazioni, indicare zero (0).

Quanti sono i familiari a suo carico? _____

Qual è il suo reddito annuo totale (da TUTTE le fonti di reddito)? In caso di dubbi, indicare una stima: _____ \$

Indicare qui sotto TUTTE le attività e TUTTE le passività. In caso di dubbi, indicare una stima. Se necessario, allegare altre pagine.

Attività – Se non ci sono attività, indicare zero (0).		Passività – A quanto ammontano attualmente i suoi debiti?	
Risparmi, azioni, obbligazioni	\$ _____		Se non ci sono passività, indicare zero (0).
Proprietà immobiliari (abitazione, ecc.)	\$ _____	Mutui o ipoteche	\$ _____
Proventi da assicurazioni sulla vita	\$ _____	Prestiti	\$ _____

15 Il richiedente è rappresentato da un avvocato privato (non un DA)? Sì No

Se Sì:

Nome dell'avvocato	Indirizzo	Numero di telefono
_____	_____	() _____

16 Autorizzazione a parlare con il rappresentante:

Per autorizzare un familiare, un amico o un'altra persona a parlare con l'OVS della richiesta di risarcimento, fornire i seguenti dati:

Nome della persona	Indirizzo	Numero di telefono
_____	_____	() _____

17 Autorizzazione vittima/richiedente:

RICONOSCO che accettare un risarcimento dall'Ufficio servizi per le vittime di violenza (Office of Victim Services, OVS) crea un diritto di pegno a favore dello Stato di New York sull'eventuale recupero relativo al reato a cui fa riferimento la presente richiesta, incluso qualsiasi ordine di riparazione, liquidazione o sentenza. Autorizzo inoltre qualsiasi impresario di pompe funebri, rappresentante legale, datore di lavoro, forza dell'ordine o altra autorità pubblica, compagnia di assicurazione o chiunque abbia erogato servizi alla suddetta persona, o che ne sia a conoscenza, a fornire le seguenti informazioni all'OVS o ai suoi rappresentanti: documentazione relativa alle indennità per infortunio sul lavoro, informazioni relative al reato o alle lesioni/decesso a causa del reato e informazioni relative alla presente richiesta di risarcimento. In caso di risarcimento, autorizzo l'OVS a versare i pagamenti direttamente a chi ha erogato i servizi. Autorizzo inoltre l'OVS a condividere le mie informazioni e i documenti compilati per la presente richiesta di risarcimento con il Programma di assistenza alle vittime di violenza (Victim Assistance Program, VAP) locale, affinché possa aiutare l'OVS a elaborare la mia richiesta e ad assumere una decisione. Nel caso in cui sia stato indicato un avvocato privato nel presente modulo, autorizzo l'OVS a condividere le mie informazioni e i documenti compilati per la presente richiesta di risarcimento anche con l'avvocato affinché possa rappresentarmi. Sono consapevole che, in aggiunta alla presente autorizzazione, è necessario che venga presentato un avviso di comparizione da parte del mio avvocato. Nel caso in cui sia stato indicato un familiare, un amico o un'altra persona nel presente modulo, autorizzo l'OVS a condividere le mie informazioni e i documenti compilati per la presente richiesta di risarcimento con la suddetta persona affinché possa aiutarmi con la presente richiesta.

Una fotocopia della presente autorizzazione avrà la stessa validità dell'originale.

Firma del richiedente	Data	Recapito telefonico diurno
_____	_____	() _____
E-mail: _____	Lingua preferita: <input type="checkbox"/> Inglese <input type="checkbox"/> Spagnolo <input type="checkbox"/> Cinese semplificato <input type="checkbox"/> Cinese tradizionale	
	<input type="checkbox"/> Creolo haitiano <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Coreano	
Necessità di un interprete: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Russo <input type="checkbox"/> Altra lingua _____	

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 il rifiuto o l'autorizzazione al pagamento 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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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: NYS OFFICE OF VICTIM SERVICES – AE SMITH BLDG., 80 S. SWAN ST., ALBANY, NY 12210-8002	
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: <i>(Indicare con iniziali)</i> _____ Trattamento per abuso di alcol o farmaci _____ Informazioni sull'igiene mentale _____ Informazioni su trattamenti per l'HIV	
Autorizzazione a discutere informazioni sanitarie (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: UFFICIO SERVIZI PER LE VITTIME DI VIOLENZA DELLO STATO DI NEW YORK _____ (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.**