



Wniosek dotyczący roszczenia i instrukcje

Jak się ubiegać o rekompensatę

Kto może się ubiegać o rekompensatę?

Niewinne ofiary przestępstw, niektórzy krewni, osoby pozostające na utrzymaniu, opiekunowie prawni i kwalifikujący się przedstawiciele Good Samaritans mogą zwrócić się do Office of Victim Services (OVS) o zwrot kosztów bieżących, które nie są objęte ubezpieczeniem ani innymi zasobami.

Za jakie wydatki mogę otrzymać rekompensatę?

OVS oferuje rekompensaty związane z obrażeniami ciała, śmiercią i utratą istotnego majątku osobistego.

Do wydatków, jakie może pokryć OVS, należą:

- Wydatki na leczenie, leki i artykuły medyczne oraz doradztwo
- Utrata niezbędnego mienia osobistego (do 500 USD, w tym 100 USD w gotówce)
- Koszty pogrzebu (do 6000 USD)
- Utracone wynagrodzenie lub utracone wsparcie (do 30 000 USD) (do tego świadczenia mogą się kwalifikować rodzice lub opiekunowie hospitalizowanych małoletnich dzieci)
- Transport (sądowy/medyczny)
- Rehabilitacja zawodowa / szkolenia zawodowe
- Koszty urządzeń zabezpieczających i schroniska dla ofiar przemocy domowej
- Sprzątanie miejsca przestępstwa (do 2500 USD)
- Straty majątkowe Good Samaritan (do 5000 USD)
- Koszty przeprowadzki (do 2500 USD)

W jaki sposób można się ubiegać o rekompensatę?

Prześlij nam wypełniony wniosek OVS wraz z kopiami niżej wymienionych dokumentów:

- Raporty policyjne
- Rachunki za opiekę medyczną
- Korespondencja z towarzystwami ubezpieczeniowymi lub planem świadczeń ze wskazaniem, czy pokrywają one Twoją stratę
- Polisy ubezpieczeniowe
- Rachunki za niezbędne mienie osobiste
- Akt zgonu i umowa z zakładem pogrzebowym
- Akt urodzenia ofiary
- Potwierdzenie wieku (prawo jazdy, akt urodzenia itd.)
- Dokumenty potwierdzające opiekę prawną

Co należy zrobić, jeśli nie mam pewnych dokumentów, których potrzebuje OVS?

Wyślij swój wniosek od razu. Pozostałe dokumenty możesz wysłać później.

Co się stanie, jeśli moje mienie zostanie utracone, uszkodzone lub zniszczone w wyniku przestępstwa?

Jeśli masz mniej niż 18 lat bądź 60 lat lub więcej, jesteś niepełnosprawny lub doznałeś(-aś) obrażeń, możesz się ubiegać o świadczenia w celu wymiany *niezbędnego* mienia osobistego lub gotówki, które nie zostały objęte żadnymi innymi zasobami.

Pojęcie „*niezbędne*” oznacza środki niezbędne dla Twojego zdrowia i dobrostanu, takie jak okulary czy odzież.

Co się stanie, jeśli się przeprowadzę?

Wyślij od razu podpisany list do OVS. Podaj nam swój nowy adres i numer telefonu. Poinformuj nas również, jeśli zmieni się Twój adres e-mail.

Kto może podpisać wniosek?

Zasadniczo wniosek musi podpisać ofiara. Niemniej jednak, jeśli ofiara ma mniej niż 18 lat lub jest fizycznie bądź psychicznie niezdolna do złożenia podpisu, wówczas jej opiekun prawny (osoba otrzymująca świadczenia) musi wypełnić część 2 wniosku i podpisać go.

Jeśli ofiara zmarła, osoba ubiegająca się o świadczenia musi wypełnić część 2 wniosku i podpisać go.

Czy można złożyć wniosek w inny sposób?

Tak. Odwiedź stronę ovs.ny.gov, aby uzyskać dostęp do bezpiecznego portalu Victim Service Portal (VSP) i złożyć wniosek online.

Czy muszę wypełnić załączony formularz HIPAA?

Tak. Wypełnij jeden formularz HIPAA dla **każdego** świadczeniodawcy. Możesz skopiować pusty formularz, aby uzyskać dodatkowe kopie.

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

Informacja o restytucji orzeczonej przez sąd

Co to jest restytucja?

Restytucja to odszkodowanie wypłacone ofierze przez sprawcę przestępstwa z tytułu strat lub obrażeń poniesionych w wyniku przestępstwa. Musi ona zostać orzeczona przez sąd w momencie wydawania wyroku i jest uważana za część kary.

Restytucja **NIE** oznacza wypłaty odszkodowania za przyszłe straty, cierpienia psychiczne lub „ból i cierpienie”.

Kiedy biuro prokuratora okręgowego poinformuje sąd, że zażądałeś(-aś) restytucji lub gdy oświadczenie o wpływie na ofiarę zawarte w raporcie z dochodzenia w sprawie nadzoru sądowego (przed wyrokiem, przed mową obrońcy lub przed wstępną dyspozycją) wskazuje, że ofiara domaga się restytucji, sąd musi zarządzić restytucję, chyba że interes wymiaru sprawiedliwości nakazuje inaczej. Jeżeli sędzia nie zarządzi restytucji, musi jasno przedstawić swoje uzasadnienie w protokole.

Czego mogę żądać w ramach restytucji?

Możesz zażądać zwrotu kosztów poniesionych w wyniku popełnienia przestępstwa – dotyczy to także przedmiotów, których OVS może nie móc zrekompensować. Restytucja może obejmować m.in. zwrot kosztów leczenia, kosztów doradztwa, utraty zarobków, kosztów pogrzebu, kosztów ubezpieczenia oraz zastąpienia skradzionego lub uszkodzonego mienia.

Kto jest uprawniony do restytucji?

Każdy, kto padł ofiarą przestępstwa i doznał obrażeń, strat ekonomicznych lub szkód, może się ubiegać o restytucję. Często ofiary, które mogłyby uzyskać restytucję, nie wnioskujeją o jej otrzymanie. Może się tak zdarzyć, ponieważ ofiary nie są świadome, że mają prawo do restytucji lub nie wiedzą, jakie działania należy podjąć, aby otrzymać przysługującą im restytucję.

W jaki sposób należy żądać restytucji?

Należy się skontaktować z biurem prokuratora okręgowego i poinformować go o zakresie obrażeń, stratach poniesionych z własnej kieszeni i kwocie odszkodowania, o jaką się ubiegasz.

Ponosisz odpowiedzialność za przekazanie policji, prokuratorowi okręgowemu oraz, na żądanie, lokalnemu wydziałowi ds. nadzoru sądowego kopii rachunków i innych dokumentów wykazujących zakres poniesionych przez Ciebie obrażeń, strat z własnej kieszeni oraz kwotę odszkodowania, którą ma rozpatrzyć sąd. Twoje oszczenie o restytucję zostanie uwzględnione w każdym raporcie z dochodzenia w sprawie nadzoru sądowego (przed wyrokiem, przed mową obrońcy lub przed wstępną dyspozycją). Pamiętaj:

- Przechowuj dokładne dokumenty, takie jak oryginalne pokwitowania wszelkich wydatków poniesionych bezpośrednio w wyniku popełnienia przestępstwa.
- Przekaż kopie tych pokwitowań policji, prokuratorowi i lokalnemu wydziałowi ds. nadzoru sądowego.

Musisz jak najszybciej jednoznacznie wyjaśnić potrzebę uzyskania restytucji prokuratorowi okręgowemu, adwokatowi ofiary/świadka oraz wydziałowi ds. nadzoru sądowego. Uzgodnienia dotyczące zarzutów mogą nastąpić w ciągu kilku dni od popełnienia przestępstwa. Jeżeli informacje te nie zostaną przekazane przed zawarciem ugody i wydaniem wyroku, być może będziesz musiał(a) pozwać sprawcę w sądzie cywilnym.

Prokurator okręgowy ma obowiązek zwrócić się do sądu o orzeczenie restytucji w Twoim imieniu.

We wszystkich sprawach karnych o przestępstwa, wielu sprawach karnych o wykroczenia i wszystkich sprawach dotyczących przestępstw na nieletnich i osobach wymagających nadzoru (ang. persons in need of supervision, PINS) wymagany jest raport przed wyrokiem lub raport z dochodzenia przed wstępną dyspozycją. Miejscowy wydział ds. nadzoru sądowego skontaktuje się z Tobą w sprawie restytucji, która dotyczy Twojego przypadku.

W jaki sposób ustalana jest restytucja?

Kwota restytucji zostaje ustalona na podstawie dowodów na straty poniesione z własnej kieszeni w wyniku popełnienia przestępstwa. Sprawca ma prawo sprzeciwić się kwocie restytucji. Sąd może przeprowadzić przesłuchanie w sprawie restytucji, podczas którego może rozważyć zdolność sprawcy do zapłaty. Biuro prokuratora okręgowego może się z Tobą skontaktować i poprosić o złożenie zeznań podczas przesłuchania w sprawie restytucji. W razie wątpliwości co do osobistego stawiennictwa w sądzie należy poszukać alternatywnego rozwiązania z prokuratorem przydzielonym do Twojej sprawy.

Jeśli OVS pokryło Twoje rachunki, sąd może orzec zapłatę restytucji na rzecz OVS. Ważne jest, aby poinformować prokuraturę okręgową o złożeniu wniosku w OVS.

Jeśli złożyłeś(-aś) wniosek do OVS, ważne jest poinformowanie OVS, jeśli sąd nakaże sprawcy zapłacenie restytucji.

Przeczytaj
Jak ubiegać się
o rekompensatę przed
wypełnieniem tego
formularza.

Wniosek o rekompensatę New York State Office of Victim Services

**Proszę pisać wielkimi literami. Należy odpowiedzieć
na wszystkie pytania. Złożenie fałszywego wniosku jest
przestępstwem!**



Tylko na potrzeby programu pomocy dla ofiar

Nr ID OVVS VAP	Nazwa programu / nr tel.	Imię i nazwisko / adres e-mail adwokata
----------------	--------------------------	---

1 Prosimy o przekazanie nam informacji o ofierze.

Nazwisko	Imię	Drugie imię	Nr ubezpieczenia społecznego <input type="checkbox"/> Zaznacz tutaj, jeśli nie masz.	Data urodzenia	
Adres do korespondencji:					
Ulica	Nr mieszkania (lub P.O. Box)	Miejscowość	Hrabstwo	Stan (lub inny kraj)	Kod pocztowy
Rasa / pochodzenie etniczne: <input type="checkbox"/> Biała <input type="checkbox"/> Czarna <input type="checkbox"/> Żółta <input type="checkbox"/> Latynoska <input type="checkbox"/> Amerykanie / rdzenni mieszkańcy Alaski <input type="checkbox"/> Mieszkańcy wysp Pacyfiku / rdzenni mieszkańcy Hawajów <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Pochodzenie wielorasowe					
Stan cywilny: <input type="checkbox"/> Kawaler/panna <input type="checkbox"/> Żonaty/zamężna <input type="checkbox"/> Rozwiedzony(-a) <input type="checkbox"/> W separacji <input type="checkbox"/> Wdowiec/wdowa <input type="checkbox"/> Mieszkanie z partnerem					
Płeć: <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta		Czy ofiara była niepełnosprawna w czasie popełnienia przestępstwa? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiadomo			
Skąd dowiedziałeś(-a) się o Office of Victim Services?					
<input type="checkbox"/> Policja <input type="checkbox"/> Szpital <input type="checkbox"/> Prokurator okręgowy <input type="checkbox"/> Program pomocy dla ofiar <input type="checkbox"/> Radio/TV <input type="checkbox"/> Broszura/plakat <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Inne					

2 Jeśli nie jesteś ofiarą i podpisujesz ten wniosek, jesteś wnioskodawcą. Prosimy o przekazanie nam informacji o sobie. (Zobacz stronę z instrukcją „Kto może podpisać wniosek?”).

Nazwisko	Imię	Drugie imię	Nr ubezpieczenia społecznego <input type="checkbox"/> Zaznacz tutaj, jeśli nie masz.	Data urodzenia	
Adres do korespondencji:					
Ulica	Nr mieszkania (lub P.O. Box)	Miejscowość	Hrabstwo	Stan (lub inny kraj)	Kod pocztowy
Jaki jest Twój związek z ofiarą? (Należy zaznaczyć tylko jedną opcję.)					
<input type="checkbox"/> Rodzic <input type="checkbox"/> Małżonek <input type="checkbox"/> Dziecko <input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Adwokat <input type="checkbox"/> Inne (Należy wyjaśnić): _____					

3 Prosimy o przekazanie nam informacji o przestępstwie. (Należy zaznaczyć tylko jedną opcję.)

Ofiara zmarła z powodu: <input type="checkbox"/> Pojazd mechaniczny (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> Pojazd mechaniczny (inna przyczyna) <input type="checkbox"/> Akt terroryzmu <input type="checkbox"/> Podpalenie <input type="checkbox"/> Handel ludźmi <input type="checkbox"/> Inny rodzaj zabójstwa	Ofiara doznała obrażeń z powodu: <input type="checkbox"/> Napaść <input type="checkbox"/> Napaść na tle seksualnym <input type="checkbox"/> Przemoc fizyczna / Zaniedbanie dziecka <input type="checkbox"/> Molestowanie seksualne dziecka <input type="checkbox"/> Pojazd mechaniczny (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> Pojazd mechaniczny (nie DUI/DWI) <input type="checkbox"/> Pornografia dziecięca <input type="checkbox"/> Inne (należy wyjaśnić): _____	<input type="checkbox"/> Nękanie <input type="checkbox"/> Porwanie <input type="checkbox"/> Terroryzm <input type="checkbox"/> Podpalenie <input type="checkbox"/> Rabunek <input type="checkbox"/> Handel ludźmi	Ofiara utraciła niezbędne mienie osobiste z powodu: <input type="checkbox"/> Włamanie <input type="checkbox"/> Pojazd mechaniczny (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> mechaniczny (nie DUI/DWI) <input type="checkbox"/> Handel ludźmi <input type="checkbox"/> Rabunek (bez obrażeń) <input type="checkbox"/> Inne (należy wyjaśnić): _____	<input type="checkbox"/> Podpalenie <input type="checkbox"/> Złośliwość/Przestępstwo finansowe
---	---	--	--	---

Gdzie doszło do przestępstwa? (Należy zaznaczyć tylko jedną opcję.) Praca Rezydencja własna Budynek mieszkalny Publiczna ulica
 Metro/autobus Parking Restauracja/bar Szkoła / teren szkoły Centrum handlowe Inne (należy wyjaśnić): _____

Czy było to przestępstwo związane z przemocą domową? Tak Nie Nie wiadomo
 Czy było to przestępstwo związane z zastraszaniem? Tak Nie Nie wiadomo
 Czy było to przestępstwo związane ze znęcaniem się nad osobami starszymi / zaniedbaniem? Tak Nie Nie wiadomo
 Czy było to przestępstwo z nienawiści? Tak Nie Nie wiadomo
 Czy ofiara prowadziła taksówkę, gdy doszło do przestępstwa? Tak Nie Nie wiadomo
 Czy mienie ofiary zostało utracone lub uszkodzone podczas próby zapobieżenia lub powstrzymania przestępstwa przeciwko innej osobie lub podczas pomagania władzom w powstrzymaniu przestępstwa? Tak Nie

Zgłoszenie przestępstwa nr: _____ Policja lub organ wymiaru sprawiedliwości zgłosiły do: _____

Hrabstwo, w którym doszło do przestępstwa: _____ Data przestępstwa: _____ Data zgłoszenia przestępstwa: _____

Jeżeli między datą popełnienia przestępstwa a datą jego zgłoszenia minęło więcej niż 7 dni, należy wskazać przyczynę: _____

Jeśli od daty popełnienia przestępstwa do daty złożenia niniejszego wniosku minęło więcej czasu niż 1 rok, należy wskazać przyczynę: _____

Opisz przestępstwo własnymi słowami: _____

4 Prosimy o przekazanie nam informacji o podejrzanym. Nazwisko podejrzanego (jeśli znasz): _____

- Czy podejrzany został aresztowany za to przestępstwo? Tak Nie
- Czy podejrzany był ścigany za to przestępstwo? Tak Nie Jeszcze nie
- Czy podejrzany mieszka w tym samym domu co ofiara LUB czy podejrzany jest członkiem rodziny ofiary? Tak Nie
- Czy sąd wydał w tej sprawie nakaz ochrony? Tak Nie (Jeśli tak, należy załączyć kopię).
- Czy prokurator okręgowy zwrócił się do sądu o orzeczenie restytucji? Tak Nie Jeszcze nie
- Czy sąd nakazał podejrzanemu zapłacenie restytucji? Tak (Kwota w USD _____) Nie Jeszcze nie

UWAGA – jeśli kwalifikujesz się do rekompensaty, OVS może móc zwrócić wymienione poniżej koszty. O te elementy należy się również ubiegać w ramach sądownie orzeczonej restytucji. Zachęcamy wnioskodawców do udostępniania tych informacji prokuratorom, jeśli toczy się sprawa karna. Patrz strona „Informacja o restytucji orzeczonej przez sąd”, aby uzyskać ważne informacje na temat restytucji.

5 Opowiedz nam o wydatkach poniesionych w związku z tym przestępstwem. (Należy zaznaczyć wszystkie właściwe).

- Wydatki medyczne / karetka Utrata wsparcia Utrata zarobków Transport osobisty
- Sprzątanie miejsca przestępstwa (tylko wnioski dot. zgonu) Schronisko dla ofiar przemocy domowej Wydatki medyczne / doradztwo
- Urządzenie / system ochrony Szkolenia zawodowe / Rehabilitacja Przeprowadzka/przechowywanie Sąd
- Doradztwo Pogrzeb Niezbędne mienie osobiste
- Inne (należy wyjaśnić): _____

6 Należy wypisać wszystkie niezbędne rzeczy osobiste, takie jak gotówka, okulary lub odzież, które wymagają wymiany z powodu tego przestępstwa. (Jeśli nie ma, należy przejść do 7).

Opisz, co zostało utracone/uszkodzone:	Koszt	Opisz, co zostało utracone/uszkodzone:	Koszt
1. _____	USD _____	4. _____	USD _____
2. _____	USD _____	5. _____	USD _____
3. _____	USD _____	6. _____	USD _____

Firma ubezpieczeniowa właściciela domu / najemcy	Nr polisy lub nr ID	Udział własny USD
Firma ubezpieczeniowa samochodu / innych rzeczy	Nr polisy lub nr ID	Udział własny USD

– Jeśli nie było obrażeń ciała i wnosisz wyłącznie o świadczenie dotyczące niezbędnego mienia osobistego, należy przejść do 15. –

7 Prosimy o przekazanie nam informacji o zatrudnieniu ofiary lub rodziców oraz ubezpieczeniu z tytułu utraconych zarobków. Jeśli nie chcesz, abyśmy skontaktowali się z Twoim pracodawcą, nie możesz wnosić o rekompensatę z tytułu utraconych zarobków. (Należy przejść do 8).

- Czy ofiara / rodzic hospitalizowanej ofiary nieletniej był(a) zatrudniony(-a) w momencie popełnienia przestępstwa? Tak Nie (Jeśli nie, należy przejść do 8).
- Czy ofiara / rodzic hospitalizowanej ofiary nieletniej opuścił(a) pracę z powodu przestępstwa? Tak Nie
- Czy ofiara/rodzic był(a) samozatrudniony(-a)? Tak Nie (Jeśli tak, należy załączyć kopie ubiegłorocznego federalnego zeznania podatkowego, w tym wszystkich załączników).

Nazwa, adres i numer telefonu pracodawcy: _____

Pracodawca	Ulica	Miejscowość	Stan	Kod pocztowy	Nr telefonu
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Nazwa, adres i numer telefonu innego pracodawcy: _____

Pracodawca	Ulica	Miejscowość	Stan	Kod pocztowy	Nr telefonu
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Imię i nazwisko, adres i numer telefonu lekarza, który zaświadczył, że ofiara nie mogła udać się do pracy: _____

Lekarz	Ulica	Miejscowość	Stan	Kod pocztowy	Nr telefonu
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Prosimy o podanie informacji o towarzystwie ubezpieczeniowym, które pokryje koszty za utracony czas pracy ofiary. (Jeśli nie ma, należy wpisać „Brak” poniżej i przejść do 8).

Nr polisy lub nr ID, lub „brak”		Nr polisy lub nr ID, lub „brak”	
1. Ubezpieczenie od bezrobocia	_____	5. Odszkodowanie pracownicze	_____
2. Ubezpieczenie z tyt. niepełnosprawności	_____	6. Inne ubezpieczenie	_____
3. Plan emerytalny	_____	7. Świadczenia z pomocy społecznej (wymagany jest SSN)	SSN (nr ubezpieczenia społecznego) _____
4. Inne ubezpieczenie	_____	8. Zpomoga uzupełniająca (wymagany jest SSN)	SSN (nr ubezpieczenia społecznego) _____

8 Jeśli ofiara zmarła, należy wypełnić dane poniżej, jeśli poniesiono jakiegokolwiek koszty pochówku. (Jeśli nie, należy przejść do 9). Należy również dołączyć kopię umowy z domem pogrzebowym, inne rachunki za koszty pochówku oraz kserokopię aktu zgonu, jeśli je posiadasz.

Nazwa domu pogrzebowego: _____ Nr telefonu: _____

Adres: _____
 Ulica _____ Miejscowość _____ Stan _____ Kod pocztowy _____

9 Jeśli ofiara została ranna lub zmarła w wyniku tego przestępstwa, należy wypełnić dane poniżej.

Opisz (krótko) obrażenia ofiary: _____

Czy ofiara otrzymała jakąkolwiek opiekę medyczną? Tak Nie (Jeśli **nie**, należy przejść do części 10).

Prosimy o podanie informacji na temat personelu medycznego, który leczył ofiarę z powodu obrażeń związanych z tym przestępstwem:

	Imię i nazwisko	Pełny adres	Nr telefonu
Pierwszy szpital	_____	_____	(____) _____
Inny szpital	_____	_____	(____) _____
Pierwszy lekarz (nie w szpitalu)	_____	_____	(____) _____
Inny lekarz	_____	_____	(____) _____
Pierwszy stomatolog	_____	_____	_____
Doradca ofiary	_____	_____	(____) _____

10 Prosimy o przekazanie nam informacji o osobach pozostających na utrzymaniu ofiary lub o innych osobach polegających na wsparciu ofiary. (Jeśli nie ma, należy przejść do 11.)

Osoba pozostająca na utrzymaniu	Imię i nazwisko	Nr ubezpieczenia społecznego ____-____-____	Data urodzenia	Pokrewieństwo z ofiarą
	Adres			Czy jesteś opiekunem prawnym? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Inne osoby pozostające na utrzymaniu	Imię i nazwisko	Nr ubezpieczenia społecznego ____-____-____	Data urodzenia	Pokrewieństwo z ofiarą
	Adres			Czy jesteś opiekunem prawnym? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Inne osoby pozostające na utrzymaniu	Imię i nazwisko	Nr ubezpieczenia społecznego ____-____-____	Data urodzenia	Pokrewieństwo z ofiarą
	Adres			Czy jesteś opiekunem prawnym? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Jeśli na utrzymaniu są więcej niż 3 osoby, należy dołączyć oddzielny arkusz i zaznaczyć tutaj:

11 Czy jakkolwiek inna osoba poza ofiarą otrzymała poradę w związku z tym przestępstwem? (Jeśli nie, należy przejść do 12).

Kto otrzymał poradę?	Pokrewieństwo z ofiarą	Towarzystwo ubezpieczeniowe zostało obciążone za doradztwo	Nr polisy lub nr ID
Imię i nazwisko, adres i numer telefonu doradcy:			
Kto jeszcze otrzymał poradę?	Pokrewieństwo z ofiarą	Towarzystwo ubezpieczeniowe zostało obciążone za doradztwo	Nr polisy lub nr ID
Imię i nazwisko, adres i numer telefonu doradcy:			

Jeśli w związku z tym przestępstwem poradę otrzymały więcej niż 2 osoby, należy zaznaczyć tu, dołączyć oddzielny arkusz i dołączyć opis:

12 Należy wypisać ubezpieczenia obejmujące ofiarę lub osoby pozostające na jej utrzymaniu. W przypadku braku ubezpieczenia należy wpisać „Brak” poniżej. Jeśli złożyłeś(-aś) wniosek, ale nie został on jeszcze rozpatrzony, należy wpisać „Oczekujący” w polu nr polisy lub nr ID.

	Nr polisy lub nr ID	Imię i nazwisko osób objętych tym ubezpieczeniem:
Główne towarzystwo ubezpieczeniowe		
Główne towarzystwo ubezpieczeń medycznych		
Inne ubezpieczenia (Union, Dental, Vision itd.)		
Medicare		
Medicaid		
Odszkodowanie pracownicze		
Ubezpieczenie samochodowe		
Inne ubezpieczenie		

13 Jeśli ofiara zmarła, prosimy o przekazanie informacji o wszelkich ubezpieczeniach na życie i świadczeniach z tytułu śmierci.
(Jeśli ofiara nie zmarła lub nie posiada żadnego ubezpieczenia na życie bądź świadczeń z tytułu śmierci, należy przejść do punktu 14).

Nazwa towarzystwa	Adres	Nr telefonu	Nr polisy lub nr ID
Ubezpieczenie na życie _____	_____	() _____	_____
Plan emerytalny _____	_____	() _____	_____
Inne			
Ubezpieczenie/plan _____	_____	() _____	_____
Medicaid _____	_____	() _____	_____
Ubezpieczenie pracownicze _____	_____	() _____	_____

Jeśli są jakiegokolwiek inne ubezpieczenia lub świadczenia z tytułu śmierci, należy wymienić je tutaj: _____

Czy którakolwiek z tych polis obejmuje koszty pochówku ofiary? Tak Nie

Czy jakakolwiek osoba złożyła wniosek o zasiłek pogrzebowy z ubezpieczenia społecznego? Tak Nie

14 Prosimy o przekazanie nam informacji o Twojej sytuacji finansowej. MUSISZ wypełnić WSZYSTKIE poniższe części. Jeśli brak, należy wpisać zero (0).

Ile masz osób na utrzymaniu? _____

Jaki jest Twój całkowity roczny dochód (ze WSZYSTKICH źródeł)? W razie wątpliwości należy podać dane szacunkowe: USD _____

Wymień poniżej WSZYSTKIE swoje aktywa i WSZYSTKIE długi. W razie wątpliwości należy podać dane szacunkowe. W razie potrzeby należy dołączyć dodatkowe strony.

Aktywa – jeśli brak, należy wpisać zero (0).		Długi – ile jesteś teraz winien (winna)?	
Oszczędności, akcje, obligacje	USD		Jeśli brak, należy wpisać zero (0).
Nieruchomości (dom itp.)	USD	Hipoteka	USD
Wpływy z ubezpieczenia na życie	USD	Pożyczki	USD

15 Czy reprezentuje Cię prywatny prawnik (nie prokurator okręgowy)? Tak Nie

Jeśli tak:

_____ ()
Imię i nazwisko prawnika Adres Nr telefonu

16 Upoważnienie do rozmowy z przedstawicielem:

Jeśli chcesz zezwolić członkowi rodziny, przyjacielowi lub innej osobie na prowadzenie rozmów z OVS w sprawie Twojego roszczenia, podaj dane poniżej.

_____ ()
Imię i nazwisko osoby Adres Nr telefonu

17 Upoważnienie ofiary/powoda:

PRZYJMĘ DO WIADOMOŚCI, że przyjęcie rekompensaty od Office of Victim Services (OVS) ustanawia zastaw na rzecz stanu Nowy Jork w odniesieniu do dochodzenia roszczeń związanych z przestępstwem, na którym bazuje to roszczenie, w tym na jakimkolwiek orzeczeniu, ugodzie lub orzeczeniu restytucji. Ponadto upoważniam każdego przedsiębiorcę pogrzebowego, adwokata, pracodawcę, policję lub inny organ publiczny, towarzystwo ubezpieczeniowe oraz każdą osobę, która świadczyła usługi w związku z powyższym lub ma o tym wiedzę, do przekazania OVS lub jego przedstawicielom następujących informacji: Dokumenty dotyczące ubezpieczeń pracowniczych, informacje dotyczące przestępstwa lub wszelkich obrażeń bądź śmierci w wyniku przestępstwa oraz informacje dotyczące tego wniosku. W przypadku przyznania rekompensaty upoważniam OVS do dokonywania płatności bezpośrednio na rzecz świadczeniodawcy. Upoważniam również OVS do udostępniania moich informacji i dokumentacji zebranej w związku z tym wnioskiem w ramach lokalnego programu pomocy dla ofiar (ang. Victim Assistance Program, VAP), aby VAP mógł zapewnić OVS pomoc w procesie rozpatrywania mojego wniosku i podejmowania decyzji o orzeczeniu. Jeśli powyżej został wskazany prywatny prawnik, upoważniam również OVS do udostępniania moich informacji i dokumentacji zebranej w związku z tym wnioskiem tej osobie, aby umożliwić jej zapewnienie mi pomocy w związku z tym wnioskiem.

Kserokopia tego upoważnienia ma taką samą moc prawną jak oryginał.

_____ ()
Podpis wnioskodawcy Data Nr tel. w ciągu dnia

E-mail: _____ Język, w którym preferujesz mówić: angielski hiszpański
 chiński uproszczony chiński tradycyjny haitański kreolski włoski
 koreański
Potrzebuję tłumacza: Tak Nie Rosyjski Inny _____

Abysmy mogli rozpatrzyć Twój wniosek, prześlij nam następujące dokumenty. (Zachowaj kopię tych dokumentów).

- Wszystkie faktury i rachunki za świadczenia wymienione w tym formularzu
- Wypełniony, podpisany formularz wniosku
- Jeden wypełniony formularz HIPAA dla **każdego świadczeniodawcy** wymienionego w tym formularzu (formularz HIPAA można skopiować).
- Listy do ubezpieczycieli odmawiające lub autoryzujące płatności za świadczenia wymienione w formularzu.

Pamiętaj: Musisz obciążyć towarzystwo ubezpieczeniowe lub plan świadczeń, **zanim** OVS będzie mógł dokonać płatności.

Dokumenty należy przesłać pocztą na adres: New York State Office of Victim Services
AE Smith Building
80 S. Swan Street
Albany, NY 12210-8002



UPOWAŻNIENIE DO PRZEKAZYWANIA INFORMACJI ZDROWOTNYCH NA PODSTAWIE HIPAA
[Ten formularz został zatwierdzony przez New York State Department of Health]

Imię i nazwisko pacjenta	Data urodzenia	Numer ubezpieczenia społecznego XXX-XX-_____
Adres pacjenta		

Ja lub upoważniony przeze mnie przedstawiciel składamy wniosek o przekazanie informacji dotyczących zdrowia w odniesieniu do mojej opieki i leczenia zgodnie z niniejszym formularzem.

Zgodnie z przepisami obowiązującymi w stanie Nowy Jork i zasadą prywatności wynikającą z ustawy Health Insurance Portability and Accountability Act z 1996 r. (HIPAA) rozumiem, że:

1. To upoważnienie może obejmować ujawnienie informacji dotyczących **LECZENIA UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU i NARKOTYKÓW ORAZ ZDROWIA PSYCHICZNEGO**, oprócz notatek z psychoterapii, oraz **POUFNYCH INFORMACJI DOTYCZĄCYCH HIV*** wyłącznie pod warunkiem umieszczenia parafki w odpowiednim wierszu w pozycji 9(a). W przypadku gdy informacje zdrowotne opisane poniżej obejmują którykolwiek z tych rodzajów informacji, a ja zaparafuję wiersz w polu w punkcie 9(a), jednoznacznie upoważniam do ujawnienia takich informacji osobom wskazanym w punkcie 8.

2. Jeśli wyrażam zgodę na ujawnienie informacji dotyczących HIV, leczenia uzależnienia od alkoholu lub narkotyków bądź leczenia chorób psychicznych, odbiorca nie może dalej ujawnić takich informacji bez mojej zgody, chyba że jest to dozwolone na mocy prawa federalnego lub stanowego. Rozumiem, że mam prawo zażądać listy osób, które mogą otrzymać lub wykorzystać moje informacje dotyczące HIV bez upoważnienia. W przypadku dyskryminacji ze względu na ujawnienie informacji dotyczących HIV mogę się skontaktować z New York State Division of Human Rights pod numerem (212) 480-2493 lub New York City Commission of Human Rights pod numerem (212) 306-7450. Instytucje te są odpowiedzialne za ochronę moich praw.

3. Mam prawo do wycofania niniejszego upoważnienia w dowolnym momencie, wysyłając pisemne powiadomienie do wymienionego poniżej świadczeniodawcy. Rozumiem, że mam prawo wycofać to upoważnienie, chyba że na jego podstawie podjęto już działania.

4. Rozumiem, że podpisanie tego upoważnienia jest dobrowolne. Moje leczenie, płatność, włączenie do planu zdrowotnego lub uprawnienia do świadczeń nie będą uzależnione od wyrażenia przeze mnie zgody na to ujawnianie.

5. Informacje ujawnione na mocy tego upoważnienia mogą zostać dalej ujawnione przez odbiorcę (z wyjątkiem przypadków wymienionych powyżej w punkcie 2), przy czym ujawnienie takie może nie podlegać dalszej ochronie na mocy przepisów federalnych lub stanowych.

6. NINIEJSZE UPOWAŻNIENIE NIE UPOWAŻNIA DO OMAWIANIA MOICH INFORMACJI ZDROWOTNYCH LUB OPIEKI MEDYCZNEJ Z OSOBAMI INNYMI NIŻ PRAWNIK LUB AGENCJA RZĄDOWA WYMIENIONA W PUNKCIE 9(b).

7. Nazwa i adres świadczeniodawcy lub podmiotu odpowiedzialnego za udostępnianie tych informacji:	
8. Imię i nazwisko oraz adres osoby (osób) lub kategoria osób, do których zostaną przesłane te informacje: NYS OFFICE OF VICTIM SERVICES – AE SMITH BLDG., 80 S. SWAN ST., ALBANY, NY 12210-8002	
9(a). Konkretne informacje, które mają zostać udostępnione: <input type="checkbox"/> Dokumentacja medyczna od (wstawić datę) _____ do (wstawić datę) _____ <input type="checkbox"/> Cała dokumentacja medyczna, w tym historia choroby, notatki z gabinetu (z wyjątkiem notatek z psychoterapii), wyniki badań, badania radiologiczne, filmy, skierowania, konsultacje, rachunki, rejestry ubezpieczeniowe i dokumentacja przesłane do Ciebie przez innych członków personelu medycznego. <input type="checkbox"/> Inne: _____ Załączyć: (wskazać poprzez parafowanie): _____ Leczenie uzależnienia od alkoholu/narkotyków _____ Informacje dotyczące zdrowia psychicznego _____ Informacje dotyczące HIV Upoważnienie do omawiania informacji zdrowotnych (b) <input type="checkbox"/> Parafując tutaj, _____ upoważniam _____ Parafka _____ Imię i nazwisko członka personelu medycznego _____ do omawiania moich informacji zdrowotnych z moim prawnikiem lub agencją rządową wymienioną tutaj: NEW YORK STATE OFFICE OF VICTIM SERVICES _____ (Imię i nazwisko prawnika / nazwa firmy lub nazwa agencji rządowej)	
10. Przyczyna ujawnienia informacji: Na żądanie osoby w celu ustalenia kwalifikacji do świadczeń New York State Office of Victim Services.	11. Data lub zdarzenie, po którym niniejsze upoważnienie wygaśnie: To upoważnienie wygaśnie z chwilą wygaśnięcia kwalifikacji danej osoby do świadczeń Office of Victim Services.
12. Imię i nazwisko osoby podpisującej formularz, jeśli pacjent nie składa podpisu:	13. Pełnomocnictwo do złożenia podpisu w imieniu pacjenta:

Wszystkie pozycje tego formularza zostały wypełnione i uzyskałem(-am) odpowiedź na pytania dotyczące tego formularza. Ponadto otrzymałem(-am) kopię formularza.

Data: _____

Podpis pacjenta lub przedstawiciela prawnego.

* **Ludzki wirus niedoboru odporności, który powoduje AIDS. Ustawa o zdrowiu publicznym stanu Nowy Jork chroni informacje, które w uzasadniony sposób mogłyby umożliwić poznanie tożsamości osoby mającej objawy lub zakażenie HIV, oraz informacje dotyczące osób kontaktujących się z tą osobą.**