

## Come presentare una domanda di risarcimento

### Chi può presentare una domanda di risarcimento?

Le vittime innocenti di un reato, alcuni parenti, i familiari a carico, i tutori legali e i prestatori di assistenza idonei possono rivolgersi all'Ufficio di assistenza alle vittime (Office of Victim Services, OVS) per chiedere il risarcimento delle spese vive non coperte dalla compagnia assicurativa o da altre risorse.

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

L'OVS può corrispondere un risarcimento per lesioni personali, decesso e perdita di beni personali essenziali.

Nello specifico, le spese che l'OVS può coprire includono:

- Spese mediche, farmaceutiche e per attività di consulenza psicologica
- Perdita di beni personali essenziali (*fino a 500 \$, compresi 100 \$ per i contanti*)
- Spese per sepoltura o funerale (*fino a 6.000 \$*)
- Perdita del salario o di forme di assistenza economica (*fino a 30.000 \$*) (*I genitori o i tutori legali di minori ricoverati in ospedale possono essere idonei a ricevere questo sussidio.*)
- Trasporto (in tribunale o per cure mediche)
- Riabilitazione professionale/occupazionale
- Dispositivi di sicurezza e spese per le case rifugio nel caso di vittime di violenza domestica
- Pulizia della scena del crimine (*fino a 2.500 \$*)
- Perdite di beni di un prestatore di assistenza (*fino a 5.000 \$*)
- Spese per trasloco (*fino a 2.500 \$*)

### Come fare per chiedere un risarcimento?

Inviare la domanda OVS compilata in tutte le sezioni, allegando copia di:

- Verbali di polizia
- Fatture mediche
- Comunicazioni con compagnie assicurative o programma di prestazioni sanitarie in cui sia indicata l'eventuale copertura della perdita
- Tessere dell'assicurazione
- Ricevute di tutti i beni personali essenziali
- Certificato di morte e contratto funebre
- Certificato di nascita della vittima
- Documento con data di nascita (patente, certificato di nascita, ecc.)
- Documenti relativi alla tutela legale

### Cosa succede se non è possibile presentare uno dei documenti richiesti dall'OVS?

Inviare subito la domanda. Sarà possibile inviare anche in seguito gli altri documenti necessari.

### Cosa succede se i beni personali della vittima sono andati persi, sono stati danneggiati o distrutti in seguito all'evento?

Se la vittima ha meno di 18 anni o ha 60 anni o oltre, se è disabile o ha subito un infortunio, può richiedere un sussidio per provvedere alla sostituzione di beni personali essenziali o contanti che non siano già coperti da altre risorse.

*Sono considerati essenziali tutti i beni necessari per la salute e il benessere, come occhiali da vista e vestiti.*

### Cosa succede se la vittima cambia residenza?

La vittima dovrà inviare subito all'OVS una lettera firmata, indicando il nuovo indirizzo e il nuovo numero di telefono, comunicando anche l'eventuale variazione dell'indirizzo e-mail.

### Chi può firmare la domanda?

In generale, deve essere la vittima del reato a firmare la domanda di risarcimento. Tuttavia, se la vittima non ha ancora compiuto 18 anni oppure non è fisicamente o mentalmente in grado di apporre la sua firma, il tutore legale (la persona destinataria dei sussidi) provvederà a compilare la sezione 2 della domanda e a firmarla.

In caso di decesso della vittima, sarà la persona che richiede i sussidi a compilare la sezione 2 della domanda e a firmarla.

### Esiste un altro modo per chiedere il risarcimento?

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

### È necessario compilare il modulo HIPPA allegato?

Sì. Compilare un modulo HIPAA per **ogni singolo** fornitore di servizi. È possibile fotocopiare un modulo vuoto per avere a disposizione ulteriori copie del documento.

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 restituzione per ordine di un tribunale

### ***Cos'è la restituzione?***

La restituzione è una forma di risarcimento corrisposto a una vittima da chi ha commesso un reato penale per compensare le perdite o le lesioni causate dal danno criminale. Deve essere ordinata dal tribunale nell'ambito della sentenza ed è parte integrante della sentenza.

La restituzione **NON** viene corrisposta a titolo di risarcimento per danni derivati da perdite future, angoscia mentale o "sofferenza fisica e psicologica".

Quando l'Ufficio del Procuratore distrettuale (District Attorney, DA) comunica al tribunale la richiesta di restituzione, o quando nella dichiarazione degli effetti sulla vittima contenuta nella relazione sull'indagine per la libertà vigilata, che viene compilata prima della sentenza, del patteggiamento o della decisione del tribunale, è indicata la richiesta di restituzione da parte della vittima, il tribunale è tenuto a ordinare la restituzione, a meno che non sia negli interessi della giustizia un pronunciamento in senso contrario. Se il giudice non ordina la restituzione, deve indicare chiaramente le motivazioni del rifiuto nel verbale.

### ***Cosa può essere oggetto di una richiesta di restituzione?***

È possibile chiedere la restituzione delle spese sostenute in seguito al danno criminale, comprese le voci di spesa per cui l'Ufficio di assistenza alle vittime (Office of Victim Services, OVS) potrebbe non riuscire a corrispondere un rimborso. La restituzione può prevedere, a titolo esemplificativo ma non limitativo, il rimborso di spese sostenute per fatture mediche, attività di consulenza psicologica, mancati guadagni, onoranze funebri, franchigie assicurative e la sostituzione di beni rubati o danneggiati.

### ***Chi ha diritto alla restituzione?***

Può chiedere la restituzione chiunque sia stato vittima di un reato penale e abbia subito lesioni, perdite economiche o danni. Accade spesso che una vittima che avrebbe diritto alla restituzione non la richieda, perché non è al corrente di averne diritto oppure non conosce la procedura da seguire per chiedere la restituzione.

### ***Come fare per richiedere la restituzione?***

Per farlo, è necessario contattare l'Ufficio del Procuratore distrettuale comunicando l'entità delle lesioni subite, delle spese vive sostenute e l'importo del risarcimento richiesto.

**È compito della vittima** consegnare alla polizia, al Procuratore distrettuale e, su richiesta, all'Ufficio della libertà vigilata di zona, copie delle fatture e degli altri documenti che attestano l'entità delle lesioni subite, delle spese vive sostenute e l'importo del risarcimento da sottoporre all'attenzione del tribunale. La richiesta di restituzione verrà inclusa nella relazione sull'indagine per la libertà vigilata, che viene compilata prima della sentenza, del patteggiamento o della decisione del tribunale. Ricordare sempre di:

- Conservare tutti i documenti necessari, ad esempio le ricevute originali delle spese sostenute in seguito al danno criminale.
- Consegnare le copie delle ricevute alla polizia, al Procuratore distrettuale e all'Ufficio della libertà vigilata di zona.

Indicare tempestivamente e in modo chiaro la necessità della restituzione al Procuratore distrettuale, al rappresentante legale della vittima/del testimone e all'Ufficio della libertà vigilata. È possibile procedere al patteggiamento a distanza di pochi giorni dal reato. Se le informazioni necessarie non vengono comunicate prima del patteggiamento e della sentenza, l'esecutore del reato dovrà essere perseguito da un tribunale civile.

Il Procuratore distrettuale ha l'obbligo di chiedere al tribunale di ordinare la restituzione per conto della vittima.

Per tutti i reati penali gravi, per buona parte dei reati penali minori, per tutti i casi di delinquenza minorile e nei casi che interessano persone bisognose di supervisione (Persons In Need of Supervision, PINS), è necessario presentare una relazione sull'indagine prima della sentenza o della decisione del tribunale. L'Ufficio della libertà vigilata di zona provvederà a contattarla per la questione della restituzione che riguarda il suo caso specifico.

### ***Come viene definito l'importo della restituzione?***

L'importo della restituzione viene definito in base alle prove presentate che attestano le spese vive sostenute in seguito al danno criminale. Chi ha commesso il reato ha il diritto di sollevare obiezioni in merito all'importo della restituzione. Il tribunale potrebbe fissare un'udienza per la questione della restituzione, e in quell'occasione potrà prendere in considerazione anche la possibilità da parte dell'esecutore del reato di provvedere al rimborso. L'Ufficio del Procuratore distrettuale si riserva la possibilità di contattare la vittima per chiederle di testimoniare nel corso dell'udienza per la restituzione. Se la vittima non vuole comparire in tribunale, dovrà rivolgersi al Procuratore distrettuale responsabile del caso per valutare le possibili alternative.

Se l'OVS ha già saldato le fatture, il tribunale ha la facoltà di ordinare che l'importo della restituzione venga corrisposto all'OVS per le voci già saldate. È necessario comunicare all'Ufficio del Procuratore distrettuale l'avvenuta presentazione di una domanda di risarcimento all'OVS.

Chi inoltra una domanda di risarcimento all'OVS è tenuto ad avvisare l'OVS nel caso in cui il tribunale ordini all'esecutore del reato di provvedere alla restituzione.

Prima di compilare  
il modulo, leggere  
Come richiedere il  
risarcimento

# RICHIESTA DI RISARCIMENTO

## New York State Office of Victim Services

### (Ufficio di assistenza alle vittime dello Stato di New York)

**Da stampare.** Rispondere a tutte le domande. *Dichiarare il falso è reato.*



Stampare le informazioni richieste nel modulo "Lingua inglese" nelle caselle corrispondenti.

#### Solo per le vittime che fanno parte dei programmi di assistenza

Numero identificativo del VAP (programma di assistenza alle vittime di reati) dell'OVS	Nome del programma/numero di telefono	Nome del promotore/e-mail
--	---------------------------------------	---------------------------

### 1 Informazioni sulla vittima

Cognome	Nome	INIZ. 2° NOME	Numero di previdenza sociale <input type="checkbox"/> Se non se ne ha uno, contrassegnare questa casella. ____-____-____	Data di nascita
Indirizzo e-mail:				
Via e numero civico:      Interno (o casella postale)      Città      Contea      Stato (o paese straniero)      CAP				
Etnia: <input type="checkbox"/> Bianco <input type="checkbox"/> Nero <input type="checkbox"/> Nativo delle isole dell'Asia e del Pacifico <input type="checkbox"/> Ispanico <input type="checkbox"/> Nativo americano o dell'Alaska <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Sconosciuta				
Stato civile: <input type="checkbox"/> Celibe/Nubile <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"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina      La vittima era disabile al momento del reato? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non lo so				

**Dove, come o tramite chi/cosa ha scoperto l'esistenza dell'ufficio di assistenza alle vittime?**

- Stazione di polizia    Ospedale    Procuratore distrettuale    Programma di assistenza alle vittime    Radio/TV  
 Brochure/manifesto    Internet    Altro

### 2 Se chi firma questa richiesta non è la vittima, allora è il richiedente. Informazioni sul richiedente. (Vedere la sezione "Chi può firmare la richiesta" nella pagina delle istruzioni.)

Cognome	Nome	INIZ. 2° NOME	Numero di previdenza sociale <input type="checkbox"/> Se non se ne ha uno, contrassegnare questa casella. ____-____-____	Data di nascita
Indirizzo e-mail:				
Via e numero civico:      Interno (o casella postale)      Città      Contea      Stato (o paese straniero)      CAP				

Qual è la sua relazione con la vittima? (Contrassegnare **solo** una casella.)

- Genitore    Coniuge    Figlio    Tutore legale    Avvocato    Altro (spiegare):

### 3 Informazioni sul reato (Contrassegnare **solo** una casella.)

#### Il decesso della vittima

è stato causato da:

- Scontro con un veicolo a motore (guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti)  
 Scontro con un veicolo a motore (altro)  
 Atti di terrorismo  
 Incendio doloso  
 Traffico di esseri umani  
 Altro genere di omicidio: \_\_\_\_\_

#### La vittima ha subito un danno in seguito a:

- Aggressione                       Stalking  
 Aggressione sessuale           Rapimento  
 Violenza su minore               Terrorismo  
 Violenza sessuale su minore    Incendio doloso  
 Scontro con un veicolo a motore (guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti)       Rapina  
 Scontro con un veicolo a motore (altro)       Traffico di esseri umani  
 Scontro con un veicolo a motore (altro)       Scontro con un veicolo a motore (altro)  
 Altro (spiegare): \_\_\_\_\_

#### La vittima ha subito la perdita di beni personali fondamentali in seguito a:

- Furto/Rapina                       Incendio doloso  
 Scontro con veicolo a motore (guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti)       Danno alla proprietà  
 Scontro con veicolo a motore (altro)  
 Traffico di esseri umani  
 Altro (spiegare): \_\_\_\_\_

Dove ha avuto luogo il reato? (Contrassegnare **solo** una casella.)  Posto di lavoro    Casa di proprietà  
 Appartamento    Luogo pubblico    Metropolitana/autobus    Parcheggio    Ristorante/bar    Scuola  
 Centro commerciale    Altro (spiegare): \_\_\_\_\_

Si è trattato di un reato di violenza domestica? .....  Sì    No    Non lo so

La vittima guidava un'auto a noleggio al momento del reato? .....  Sì    No    Non lo so

I beni della vittima sono stati smarriti o danneggiati mentre cercava di impedire un reato rivolto compiuto ai danni di qualcun altro o mentre stava aiutando le autorità a impedire il reato? .....  Sì    No

**N. del rapporto sul reato:** \_\_\_\_\_ **Stazione di polizia o istituzione giudiziaria presso cui è stata presentata la denuncia:** \_\_\_\_\_ **Contea nella quale è avvenuto il reato:** \_\_\_\_\_

Data del reato: \_\_\_\_\_ Data in cui è stato denunciato il reato: \_\_\_\_\_

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

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

Descriva il reato con parole sue: \_\_\_\_\_

**4 Informazioni sul sospettato** Nome del sospettato (se ne è a conoscenza): \_\_\_\_\_

- Il sospettato è stato arrestato per questo reato? .....  Sì  No  
Il sospettato è stato oggetto di misure disciplinari per questo reato?  Sì  No  Non ancora  
Il sospettato vive nella stessa casa della vittima o è un membro della famiglia della vittima? .....  Sì  No  
La corte ha emesso un'ordinanza restrittiva? .....  Sì  No (Se "Sì", allegarne una copia.)  
Il procuratore distrettuale ha chiesto alla corte di disporre il risarcimento del danno?  Sì  No  Non ancora  
La corte ha ordinato al sospettato di risarcire il danno? .....  Sì (Somma in \$ \_\_\_\_\_)  No  Non ancora

**NOTA** - Se si risulta idonei per il risarcimento, l'OVS può rimborsare le spese elencate di seguito. Queste dovrebbero anche essere oggetto della richiesta di restituzione avanzata dalla corte. I richiedenti sono invitati a condividere queste informazioni con il pubblico ministero nel corso di un eventuale procedimento penale. Per avere maggiori informazioni in merito alla restituzione, consultare la pagina informativa sulle richieste di restituzione avanzate dalla corte.

**5 Informazioni sulle spese sostenute in seguito al reato.** (selezionare una o più opzioni)

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Spese mediche/ambulanza            | <input type="checkbox"/> Counseling   | <input type="checkbox"/> Funerale/sepoltura                              | <input type="checkbox"/> Perdita di beni personali fondamentali |
| <input type="checkbox"/> Pulizia della scena del crimine    | <input type="checkbox"/> Perdita del sostegno economico (solo in caso di morte) | <input type="checkbox"/> Perdita del salario                             | <input type="checkbox"/> Spese di trasporto                     |
| <input type="checkbox"/> Dispositivi e sistemi di sicurezza | <input type="checkbox"/> Riabilitazione professionale                           | <input type="checkbox"/> Case protette per vittime di violenza domestica | <input type="checkbox"/> Spese mediche                          |
| <input type="checkbox"/> Altro (spiegare):                  |   | <input type="checkbox"/> Trasloco/deposito di beni mobili                | <input type="checkbox"/> Spese legali                           |

**6 Elenco di tutti i beni personali fondamentali (es. denaro, occhiali da vista e vestiti) oggetto di risarcimento in seguito al reato.** (se non ce ne sono, passare al punto 7)

Descrivere i beni smarriti o danneggiati:	Costo	Descrivere i beni smarriti o danneggiati:	Costo
1. ....	\$ .....	4. ....	\$ .....
2. ....	\$ .....	5. ....	\$ .....
3. ....	\$ .....	6. ....	\$ .....

Compagnia di assicurazione del proprietario/affittuario	Numero identificativo o della polizza	Franchigia \$
Compagnia di assicurazione dell'auto/altro	Numero identificativo o della polizza	Franchigia \$

— Se si richiede solamente il risarcimento per i beni personali fondamentali, in assenza di danni alla persona, passare al punto 15. —

**7 Informazioni sulla situazione occupazionale e assicurativa della vittima o dei genitori in caso di perdita del salario.**

**Se non desiderate che ci mettiamo in contatto con il datore di lavoro, non potete richiedere il rimborso per la perdita del salario. (Passare al punto 8)**

La vittima o i genitori del minore ricoverato in ospedale, vittima di reato, avevano un'occupazione al momento del reato?  
 Sì  No (Se "No", passare al punto 8.)

La vittima o i genitori del minore ricoverato in ospedale, vittima di reato, sono stati costretti ad assentarsi dal lavoro a causa del reato?  
 Sì  No

La vittima o i genitori della vittima erano lavoratori autonomi?  
 Sì  No (Se "Sì", allegare copia della dichiarazione dei redditi dell'anno precedente comprensiva di tutti i moduli.)

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

\_\_\_\_\_ ( )  
 Datore di lavoro      Indirizzo      Città      Stato      CAP      Numero di telefono

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

\_\_\_\_\_ ( )  
 Datore di lavoro      Indirizzo      Città      Stato      CAP      Numero di telefono

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

\_\_\_\_\_ ( )  
 Datore di lavoro      Indirizzo      Città      Stato      CAP      Numero di telefono

Informazioni sulle compagnie di assicurazioni che assicureranno copertura per i tempi di inattività della vittima al lavoro. (Se non ce ne sono, scrivere "Nessuna" e passare al punto 8)

	Numero identificativo o della polizza o "Nessuno"		Numero identificativo o della polizza o "Nessuno"
1. Indennità di disoccupazione		5. Indennità per infortunio sul lavoro	
2. Indennità di disabilità		6. Altre forme di indennità	
3. Piano pensionistico		7. Indennità di previdenza sociale (numero di previdenza sociale obbligatorio)	Numero di previdenza sociale _____ - _____ - _____
4. Altre forme di indennità		8. Indennità SSI (numero di previdenza sociale obbligatorio)	Numero di previdenza sociale _____ - _____ - _____

**8 In caso di decesso della vittima, indicare di seguito se è stato necessario sostenere spese per la sepoltura. (se non ce ne sono state, passare al punto 9)**

Allegare inoltre, qualora se ne sia in possesso, una copia del contratto con l'agenzia di pompe funebri e delle fatture relative alle spese di sepoltura insieme a una fotocopia del certificato di morte.

Nome dell'agenzia di pompe funebri: \_\_\_\_\_ Numero di telefono: ( ) \_\_\_\_\_

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

**9 In caso di decesso o di lesioni fisiche subite dalla vittima in seguito al reato, inserire le informazioni seguenti.**

Descrivere brevemente i danni subiti dalla vittima: \_\_\_\_\_

La vittima ha ricevuto cure mediche?  Sì  No (Se "No", passare al punto 10.)

Informazioni sul personale sanitario che ha preso in cura la vittima in seguito al reato:

	Nome completo:	Indirizzo completo	Numero di telefono
Ospedale principale	_____	_____	( ) _____
Altro ospedale	_____	_____	( ) _____
Medico principale (non in ospedale)	_____	_____	( ) _____
Altro medico	_____	_____	( ) _____
Dentista principale	_____	_____	( ) _____
Counselor della vittima	_____	_____	( ) _____

**10 Informazioni sulle persone a carico della vittima o su altre persone che dipendono economicamente dalla vittima.** (se non ce ne sono, passare al punto 11)

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

Nel caso vi siano più di tre persone a carico della vittima, allegare un foglio a parte e spuntare questa casella:

**11 Qualcun altro oltre alla vittima si è sottoposto a sedute di counseling in seguito al reato?** (In caso di risposta negativa, passare alla domanda 12)

Chi si è sottoposto a sedute di counseling?	Relazione con la vittima	Compagnia di assicurazione a cui sono state addebitate le sedute di counseling	Numero identificativo o della polizza
Nome, indirizzo e numero di telefono del counselor:			
Chi altro si è sottoposto a sedute di counseling?	Relazione con la vittima	Compagnia di assicurazione a cui sono state addebitate le sedute di counseling	Numero identificativo o della polizza
Nome, indirizzo e numero di telefono del counselor:			

Se più di 2 persone si sono sottoposte a sedute di counseling in seguito a questo reato, spuntare qui e allegare separatamente un foglio con i dettagli.

**12 Elenco delle coperture assicurative per le vittime o le persone a carico delle vittime.** In mancanza di assicurazione, scrivere "Nessuna". Se è stata presentata domanda ma non si è ancora coperti dall'assicurazione, scrivere "In sospeso" nel campo relativo al numero della polizza o della carta di identità.

	Numero identificativo o della polizza	Nome della persona coperta da questa assicurazione:
Compagnia di assicurazione principale		
Compagnia di assicurazione medica principale		

Altra assicurazione (sindacato, denti, vista, ecc.)		
Medicare		
Medicaid		
Indennità per infortunio sul lavoro		
Assicurazione auto		
Altra assicurazione		

**13 Informazioni sulle polizze vita e le coperture per decesso in caso di decesso della vittima.**

(Se la vittima non è deceduta o non dispone di una polizza vita o di una copertura per decesso, passare al punto 14)

	Nome della compagnia	Indirizzo	Numero di telefono	Numero identificativo o della polizza
Polizza vita:	_____	_____	( ) _____	_____
Piano pensionistico	_____	_____	( ) _____	_____
Altra assicurazione/piano	_____	_____	( ) _____	_____
Medicaid	_____	_____	( ) _____	_____
Indennità per infortunio sul lavoro	_____	_____	( ) _____	_____

In caso di altra assicurazione o copertura per decesso, indicare qui di seguito: \_\_\_\_\_

Qualcuna di queste polizze copre le spese di sepoltura della vittima?  Sì  No

Qualcuno ha richiesto la copertura per decesso della previdenza sociale?  Sì  No

**14 Informazioni sulla vostra situazione finanziaria. È OBBLIGATORIO compilare TUTTI i seguenti campi.**

**Se non se ne hanno, scrivere zero (0).**

Quante persone a carico avete? \_\_\_\_\_

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

Indicare di seguito TUTTI i beni patrimoniali e i debiti. In caso di dubbi, indicare una stima. Se necessario aggiungere pagine aggiuntive.

Beni patrimoniali - Se non se ne hanno, scrivere zero (0).		Debiti - A quanto ammontano in questo momento?	
Risparmi, azioni, obbligazioni	\$ _____		<b>Se non se ne hanno, scrivere zero (0).</b>
Beni immobili (casa, ecc)	\$ _____	Mutuo	\$ _____
Proventi derivanti da una polizza vita	\$ _____	Prestiti	\$ _____

**15 Il vostro rappresentate legale è un avvocato privato (non un procuratore distrettuale)?**

Sì  No

Se "Sì":  Indennizzo OVS  Causa civile  Entrambi

\_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
 Nome dell'avvocato Indirizzo Numero di telefono

**16 Autorizzazione a parlare con il rappresentante:**

Nel caso si voglia dare a un membro della famiglia, un amico o qualsiasi altra persona l'autorizzazione a parlare con il rappresentante dell'OVS in merito alla propria richiesta, inserire i dati seguenti.

\_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
 Nome della persona Indirizzo Numero di telefono

## 17 Autorizzazione della vittima/richiedente:

Sono CONSAPEVOLE che accettando un indennizzo dall'Office of Victim Services (OVS) viene istituito un diritto di pegno con lo Stato di New York su qualsiasi recupero in relazione al reato su cui si basa la presente richiesta, inclusa qualsiasi sentenza, accordo o ordinanza di restituzione. Autorizzo inoltre l'impresario di pompe funebri, l'avvocato, il datore di lavoro, la polizia o altre autorità pubbliche, la compagnia di assicurazione o qualsiasi altra persona che abbia reso i servizi di cui sopra, o sia a conoscenza degli stessi, a fornire all'OVS e ai suoi rappresentanti le seguenti informazioni: documentazione relativa all'indennità per infortunio sul lavoro, informazioni relative al reato, ai danni o al decesso causato dallo stesso e informazioni relative alla presente richiesta. In caso di riconoscimento dell'indennizzo, autorizzo l'OVS a effettuare il pagamento direttamente al fornitore dei servizi. Autorizzo, inoltre, l'OVS a condividere le informazioni e i documenti relativi a questa richiesta con il programma locale di assistenza per le vittime di reati (VAP) in modo da permettere a quest'ultimo di aiutare l'OVS a elaborare la mia richiesta e a provvedere alla sua determinazione. Se nel presente modulo è stato indicato un avvocato privato, autorizzo l'OVS a condividere le informazioni e i documenti relativi a questa richiesta con lo stesso in modo da permettergli di svolgere le sue funzioni di rappresentante legale per mio conto. Sono consapevole che, in aggiunta a questa autorizzazione, è necessario che venga presentato un avviso di comparizione da parte del mio avvocato. Se nel presente modulo è stato indicato un familiare, un amico o un'altra persona di fiducia, autorizzo l'OVS a condividere le informazioni e i documenti relativi a questa richiesta con tali persone in modo che possano aiutarmi nella presentazione della richiesta.

**Una fotocopia di questa autorizzazione avrà la stessa validità dell'originale.**

Firma del richiedente \_\_\_\_\_ ( )  
Data \_\_\_\_\_ Numero di telefono diurno \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Lingua preferita:  Inglese  Spagnolo  Cinese semplificato  
 Cinese tradizionale  Creolo haitiano  Italiano  Coreano  
Necessità di un interprete:  Sì  No  Russo  Altro \_\_\_\_\_

**Per completare la richiesta, inviare a mezzo posta i seguenti documenti. (conservarne una copia)**

- Tutte le fatture e le ricevute relative ai servizi indicati in questo modulo
- Modulo di richiesta compilato e firmato
- Modulo HIPAA compilato con tutte le informazioni su ogni **fornitore di servizi sanitari** indicato in questo modulo (si può inviare una fotocopia del modulo)
- Lettere degli assicuratori che rifiutano o autorizzano il pagamento dei servizi indicati in questo modulo.

Importante: **Prima** che l'OVS provveda al pagamento, è necessario addebitare i costi alla compagnia di assicurazioni o ai piani 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 DI INFORMAZIONI SANITARIE IN SEGUITO ALL'HIPAA**  
**[Il presente modulo è stato approvato dal Dipartimento della salute dello Stato di New York]**

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

Io sottoscritto (o un mio rappresentante autorizzato) chiedo che le informazioni sanitarie relative alle cure e alle terapie a cui sono stato sottoposto possano essere comunicate nei termini indicati nel presente modulo.

In conformità con la legge dello Stato di New York e il Regolamento sulla Privacy della Legge sulla responsabilità e trasferibilità in materia di copertura assicurativa (Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA) del 1996, sono consapevole che:

1. L'autorizzazione può comprendere la divulgazione di informazioni relative all'abuso di **ALCOOL** o **STUPEFACENTI**, alle **TERAPIE PER PROBLEMI MENTALI**, ad esclusione degli appuntamenti delle sedute di psicoterapia, e **INFORMAZIONI RISERVATE RELATIVE AL VIRUS HIV\***, solo se ho inserito le mie iniziali nell'apposito spazio presente al punto 9(a). Nel caso in cui le informazioni sanitarie sotto riportate includano questo tipo di informazioni e nel caso in cui abbia inserito le mie iniziali nell'apposito spazio presente al punto 9(a), autorizzo specificamente la comunicazione di dette informazioni alle persone riportate al punto 8.

2. Se autorizzo la comunicazione di informazioni relative al virus HIV, alle terapie per abuso di alcool/stupefacenti o per problemi mentali, l'ente ricevente non è autorizzato a divulgare a sua volta dette informazioni senza la mia autorizzazione, a meno che ciò non sia consentito dalle leggi federali o statali. Sono consapevole di avere il diritto di richiedere un elenco delle persone che riceveranno o utilizzeranno le informazioni relative al virus HIV senza la mia autorizzazione. Nel caso in cui io sia oggetto di discriminazione in seguito alla comunicazione o alla divulgazione di informazioni relative al virus HIV, posso contattare la Division of Human Rights (Divisione per i diritti umani) dello Stato di New York al numero (212) 480-2493 o la Commission of Human Rights (Commissione per i diritti umani) della Città di New York al numero (212) 306-7450. Tali agenzie si occuperanno della tutela dei miei diritti.

3. Ho diritto a revocare la presente autorizzazione in qualsiasi momento scrivendo al fornitore di assistenza sanitaria indicato di seguito. Sono consapevole di avere diritto a revocare la presente autorizzazione a meno che non siano già state intraprese azioni sulla base di essa.

4. Sono consapevole del fatto che la sottoscrizione della presente autorizzazione è volontaria. Sono consapevole che in linea generale le cure da me ricevute, il pagamento, l'iscrizione a un programma sanitario o la mia idoneità a ricevere indennità non dipenderanno dalla concessione dell'autorizzazione alla divulgazione.

5. Le informazioni divulgate in seguito a questa autorizzazione possono essere divulgate nuovamente dall'ente ricevente (ad eccezione di quanto evidenziato nel punto 2) e questa nuova divulgazione non è più protetta da leggi federali o statali.

6. **La presente autorizzazione non autorizza alla divulgazione di informazioni di carattere sanitario o relative alle cure mediche a persone diverse dall'avvocato difensore o dall'ente governativo indicato al punto 9 (b).**

7. Nome e indirizzo del fornitore di assistenza sanitaria o dell'ente autorizzato a divulgare tali informazioni:

8. Nome e indirizzo delle persone alle quali verranno comunicate tali 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"/> Documentazione medica dal (inserire data) _____	al (inserire data) _____
<input type="checkbox"/> Intera documentazione medica comprensiva di storia clinica del paziente, note d'ufficio (ad esclusione degli appunti delle sedute di psicoterapia), risultati di test, analisi radiologiche, video, schede dei contatti, consulti, fatture, documenti relativi all'assicurazione e documentazioni prodotte da altri fornitori di assistenza sanitaria.	
<input type="checkbox"/> Altro: _____	Includere: <i>(inserire le proprie iniziali)</i>

**Autorizzazione alla divulgazione di informazioni di carattere sanitario** \_\_\_\_\_ **Terapie per abuso di alcool/stupefacenti**

(b)  Apponendo qui le mie iniziali \_\_\_\_\_ autorizzo \_\_\_\_\_ **Informazioni sulla salute mentale**

\_\_\_\_\_ **Informazioni relative al virus HIV**

Iniziali \_\_\_\_\_ Nome del fornitore di assistenza sanitaria

alla divulgazione di informazioni di carattere sanitario al mio avvocato o all'ente governativo indicati di seguito:

**NEW YORK STATE OFFICE OF VICTIM SERVICES**

(Nome dell'avvocato/studio legale o dell'ente governativo)

10. Motivi della divulgazione delle informazioni: <i>su richiesta dell'interessato, per poter stabilire l'idoneità a ricevere l'indennità dal New York State Office of Victim Services</i>	11. Data o termine di scadenza della validità della presente autorizzazione: <i>la presente autorizzazione non sarà più valida alla scadenza dell'idoneità a ricevere le indennità dell'Office of Victim Services.</i>
--	--

12. Indicare il nome di colui che firma l'autorizzazione qualora sia una persona diversa dal paziente:	13. Motivazione del diritto a firmare a nome del paziente:
--	--

Tutti i punti del presente modulo sono stati completati e ho ricevuto risposta a tutte le mie domande in relazione al presente modulo. Mi è stata fornita, inoltre, una copia dello stesso.

Firma del paziente o del rappresentante autorizzato dalla legge. \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Firma del paziente o del rappresentante autorizzato dalla legge.

\* **Virus dell'immunodeficienza umana che provoca l'AIDS. La Legge sulla salute pubblica dello Stato di New York tutela tutte le informazioni che potrebbero portare all'identificazione di una persona affetta da HIV o con i relativi sintomi e tutte le informazioni relative a dati sensibili.**