

보상 신청 방법

보상은 누가 신청할 수 있나요?

무고한 범죄 피해자, 특정 친인척, 부양가족, 법적 보호자 및 자격 대상이 되는 선한 사마리아인은 보험 또는 기타 자원으로 보장되지 않는 본인 부담 비용에 대한 보상을 피해자 서비스 담당실(Office of Victim Services, OVS)에 신청할 수 있습니다.

어떤 비용을 보상받을 수 있나요?

OVS에서는 상해, 사망 및 필수 개인 자산의 손실과 관련된 보상을 제공합니다.

OVS에서 부담하는 구체적인 비용은 다음과 같습니다:

- 의료, 약국 및 상담 비용
- 필수 개인 자산의 손실
(최대 \$500 까지, 현금 \$100 포함)
- 매장 또는 장례 비용(최대 \$6,000)
- 손실 임금 또는 손실 지원금(최대 \$30,000)
(임원한 미성년자 자녀의 부모 또는 보호자가 이러한 혜택을 받을 자격이 있을 수 있습니다.)
- 교통비(법원/의료)
- 직장/직업 재활
- 보안 장비 및 DV 주거 수당
- 범죄 현장 청소(최대 \$2,500)
- 착한 사마리아인 자산 손실(최대 \$5,000)
- 이사 비용(최대 \$2,500)

보상은 어떻게 신청합니까?

작성한 OVS 신청서를 다음 서류의 복사본과 함께 보내주십시오.

- 경찰 조서
- 의료비 고지서
- 보험 회사 또는 혜택 플랜이 손실을 보상하는지 여부를 알려주는 서신
- 보험 카드
- 필수 개인 자산 영수증
- 사망증명서 및 장례 계약서
- 피해자의 출생신고서
- 나이 증명서(운전면허증, 출생증명서 등)
- 법적 보호자 자격 서류

OVS에 필요한 서류 중 일부를 준비할 수 없는 경우, 어떻게 해야 하나요?

신청서를 바로 보내주십시오. 기타 서류는 나중에 보내실 수 있습니다.

내 자산이 범죄로 인해 분실, 손상 또는 파괴된 경우, 어떻게 해야 하나요?

18세 미만, 60세 초과, 장애인 또는 상해를 입은 경우라면, 그 어떤 자원으로도 보장되지 않는 필수 개인 자산 또는 현금을 대체하기 위한 혜택을 신청할 수 있습니다.

필수란 안경 및 의복과 같이 건강 및 복지를 위한 필수품을 의미합니다.

이사를 가게 되면 어떻게 해야 하나요?

서명한 서신을 피해자 서비스 담당실(Office of Victim Services, OVS)에 즉시 보내주십시오. 새 주소와 전화번호를 알려주십시오. 이메일 주소도 변경되는 경우 알려주십시오.

청구서에 누가 서명해야 하나요?

일반적으로 청구서에는 피해자가 서명해야 합니다. 하지만 피해자가 18세 미만이거나 신체적 또는 정신적으로 서명할 수 없는 상태일 경우 법적 보호자(혜택 수령자)가 청구서의 섹션 2를 작성하고 청구서에 서명해야 합니다.

피해자가 사망한 경우, 혜택 신청자가 청구서의 섹션 2를 작성하고 청구서에 서명해야 합니다.

다른 신청 방법이 있나요?

예. ovs.ny.gov를 방문해 안전한 피해자 서비스 포털(Victim Service Portal, VSP)에 액세스하고 온라인으로 신청서를 제출하십시오.

첨부된 HIPPA 양식을 작성해야 하나요?

예. 각 서비스 제공자에 대해 HIPAA 양식을 작성하십시오. 빈 양식을 복사해 사본을 만들 수 있습니다.

법원 명령 배상 정보

배상이란 무엇인가요?

배상이란 범죄 행위로 인한 손실 또는 상해에 대해 가해자가 피해자에게 보상하는 것을 말합니다. 배상은 선고 시 법원이 명령해야 하며 선고의 일부로 간주됩니다.

배상은 미래의 손실, 정신적 괴로움 또는 "통증 및 고통"에 대한 손해 보상 지급이 **아닙니다**.

지방 검찰청(District Attorney Office)이 귀하가 배상을 요청했다고 법원에 알리거나 보호 관할 조사 보고서(판결 전, 답변 전 또는 결정 전 보고서)에 포함된 피해자 영향 진술서에 피해자가 배상을 원한다고 명시된 경우, 정당성 측면에서 달리 문제가 없는 한 법원은 배상을 명령해야 합니다. 판사가 배상을 명령하지 않을 경우, 판사는 그 이유를 기록에 명확히 기술해야 합니다.

배상으로서 무엇을 요청할 수 있나요?

피해자 서비스 담당실(Office of Victim Services, OVS)이 보상할 수 없는 항목에 대한 비용을 비롯해 범죄 행위로 인해 발생한 비용에 대한 배상을 요청할 수 있습니다. 배상은 의료비 청구, 상담 비용, 소득의 손실, 장례 비용, 보험 공제액, 도난 또는 손상된 자산의 대체 비용을 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

배상은 누가 받을 수 있습니까?

범죄 행위 피해자로서 상해, 경제적 손실 또는 손상을 입은 사람이라면 누구나 배상을 요청할 수 있습니다. 배상을 받을 자격이 있는 피해자가 이를 요청하지 않는 경우가 많습니다. 이는 피해자가 배상을 받을 수 있다는 사실을 알지 못하거나 배상을 받기 위해 어떤 조치를 취해야 하는지 모르기 때문입니다.

배상은 어떻게 신청합니까?

지방 검찰청에 연락해 상해, 본인 부담 손실액 및 요청하려는 손해 금액의 정도를 알려주셔야 합니다.

법원이 고려하기를 원하는 상해, 본인 부담 손실액 및 손해 금액에 대한 청구서와 기타 서류의 사본을 경찰, 지방 검찰 및 요청이 있을 경우, 지방 가석방 부서에 제공하는 것은 **귀하의 책임입니다**. 귀하의 배상 청구서는 모든 보호 관할 조사 보고서(판결 전, 답변 전 또는 결정 전 보고서)에 포함됩니다. 이를 위해 다음을 완료해주셔야 합니다.

- 범죄 행위가 직접적인 사유가 되어 발생한 모든 비용 관련 영수증 원본과 같은 정확한 기록을 보관하십시오.
- 경찰, 지방 검찰 및 지방 가석방 부서에 이러한 영수증의 사본을 제공하십시오.

지방 검찰, 피해자/증인 변호인 및 보호 관할 부서에 가능한 한 신속히 배상 필요성을 명확하게 설명해야 합니다. 범죄 행위 발생 후 수일 내에 유죄 협상(Plea agreements)이 이루어질 수 있습니다. 이 정보가 유죄 협상 및 선고 전에 제공되지 않을 경우, 가해자를 민사 법원에 기소해야 할 수 있습니다.

지방 검찰은 귀하를 대신하여 법원에 배상 명령을 요청할 책임이 있습니다.

모든 중범죄 사례, 많은 경범죄 사례 및 모든 청소년 범죄 및 감독이 필요한 사람(Persons In Need of Supervision, PINS) 사례에서 판결 전 또는 결정 전 조사 보고서가 필요합니다. 지방 가석방 부서에서 귀하의 사례에 대한 배상과 관련하여 연락을 드릴 것입니다.

배상은 어떻게 결정됩니까?

배상 금액은 범죄 행위로 인한 본인 부담 손실의 증거를 토대로 결정됩니다. 가해자는 배상 금액에 이의를 제기할 권리가 있습니다. 법원은 배상 문제에 대한 심리를 열어 가해자의 지급 능력에 대해 검토할 수 있습니다. 지방 검찰청은 귀하에게 연락해 배상 관련 심리에서 증언할 것을 요구할 수 있습니다. 법원에 직접 출두하는 것에 대한 우려가 있으실 경우, 귀하의 케이스에 배정된 지방 검찰과 함께 대안을 모색할 수 있습니다.

OVS가 귀하의 청구 요금을 지불한 경우, 법원은 배상 금액을 해당 지불 항목에 대하여 OVS에 지불하라고 명령할 수 있습니다. 귀하가 OVS에 청구서를 제출한 사실을 지방 검찰청에 알려야 합니다.

OVS에 청구서를 제출했다면, 법원이 가해자에게 배상 명령을 내릴 경우 이를 OVS에 알려야 합니다.

양식을 작성하기 전에
 “보상 신청 방법은?”
 을 먼저 읽으시기
 바랍니다.

보상 신청서

뉴욕주 피해자 서비스 담당실

인쇄체로 기입하십시오. 모든 문항에 답변하십시오. 허위 기재는 범죄에 해당됩니다.



요청 정보는 “한국어” 양식의 해당 칸에 인쇄체로 작성해 주십시오.

피해자 지원 프로그램 전용

| | | |
|-------------|------------|------------|
| OVS VAP ID# | 프로그램 이름/전화 | 변호사 이름/이메일 |
|-------------|------------|------------|

1 피해자 관련 사항

| | | | | |
|---|----------------------|----------|--|------|
| 성 | 이름 | 중간이름 이니셜 | 소셜 시큐리티 번호 <input type="checkbox"/> 번호가 없을 경우 체크하십시오. | 생년월일 |
| 우편 주소: | | | | |
| 거리 | 아파트 호수 (또는 P.O. Box) | 도시 | 카운티 | 주(도) |
| 우편번호 | | | | |
| 인종/민족: <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 흑인 <input type="checkbox"/> 아시아인/태평양양성 원주민 <input type="checkbox"/> 히스패닉 <input type="checkbox"/> 아메리칸 원주민/알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 모름 | | | | |
| 결혼 여부: <input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 별거 <input type="checkbox"/> 사별 <input type="checkbox"/> 파트너와 동거 | | | | |
| 성별: <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 | | | | |
| 피해자가 범죄 시점에 장애를 입었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름 | | | | |
| 피해자 서비스 담당실에 대해 어떻게 알게 되셨습니까? | | | | |
| <input type="checkbox"/> 경찰 <input type="checkbox"/> 병원 <input type="checkbox"/> 지방 검사 <input type="checkbox"/> 피해자 지원 프로그램 <input type="checkbox"/> 라디오/TV <input type="checkbox"/> 안내 책자/포스터 <input type="checkbox"/> 인터넷 <input type="checkbox"/> 기타 | | | | |

2 본인이 피해자가 아니지만 양식에 서명할 경우, 본인이 청구자가 됩니다. 작성자 관련 사항 (설명 페이지에 있는 “청구서에 서명할 수 있는 사람은?”을 참조하십시오.)

| | | | | |
|---|----------------------|----------|--|------|
| 성 | 이름 | 중간이름 이니셜 | 소셜 시큐리티 번호 <input type="checkbox"/> 번호가 없을 경우 체크하십시오. | 생년월일 |
| 우편 주소: | | | | |
| 거리 | 아파트 호수 (또는 P.O. Box) | 도시 | 카운티 | 주(도) |
| 우편번호 | | | | |
| 피해자와 어떤 관계이십니까? (1 개만 체크) | | | | |
| <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 법적 보호자 <input type="checkbox"/> 변호사 <input type="checkbox"/> 기타 (설명): _____ | | | | |

3 범죄 관련 사항 (1 개만 체크)

| | | |
|-------------------------------------|---|---|
| 다음으로 인해 피해자가 사망하였음 | 다음으로 인해 피해자가 부상을 입었음 | 다음으로 인해 피해자가 중대한 개인 자산 손실을 입었음 |
| <input type="checkbox"/> 차량 (음주 운전) | <input type="checkbox"/> 폭행 | <input type="checkbox"/> 침입 강도/강도/절도 |
| <input type="checkbox"/> 차량 (기타) | <input type="checkbox"/> 성폭행 | <input type="checkbox"/> 차량 (음주 운전) |
| <input type="checkbox"/> 테러 | <input type="checkbox"/> 아동 신체 학대 | <input type="checkbox"/> 차량 (음주 운전 아님) |
| <input type="checkbox"/> 방화 | <input type="checkbox"/> 아동 성적 학대 | <input type="checkbox"/> 인신매매 |
| <input type="checkbox"/> 인신매매 | <input type="checkbox"/> 차량 (음주 운전 아님) | <input type="checkbox"/> 기타 (설명): _____ |
| <input type="checkbox"/> 기타 살인: | <input type="checkbox"/> 기타 (설명): _____ | |

범죄의 발생 장소는? (1 개만 체크) 직장 소유한 주택 아파트 건물 공공 거리
 지하철/버스 주차장 음식점/술집 학교/학교 운동장 쇼핑몰 기타 (설명): _____

범죄가 가정 폭력이었습니까?..... 예 아니요 모름

범죄가 발생했을 때 피해자가 영업용 택시 (livery cab) 를 운전하고 있었습니까?..... 예 아니요 모름

다른 사람에 대한 범죄를 막거나 멈추려고 하는 동안 또는 당국에서 범죄를 막도록 협조하는 동안 피해자의 자산이 손실되거나 손상되었습니까?..... 예 아니요

범죄 보고서 번호: _____ 보고서를 받은 경찰 또는 형사 기관: _____

범죄가 발생한 카운티: _____ 범죄 발생일: _____ 범죄 보고일: _____

범죄 발생일과 범죄 보고일 사이에 7일이 넘는 차이가 있다면 이유를 설명해 주십시오. _____

범죄 발생일과 본 청구서 제출일 사이에 1년이 넘는 차이가 있다면 이유를 설명해 주십시오. _____

범죄에 대해 직접 설명해 주십시오. _____

4 용의자 관련 사항 용의자의 이름 (알고 있을 경우): _____

- 용의자가 이 범죄로 인해 체포되었습니까? 예 아니요
 용의자가 이 범죄로 인해 기소되었습니까?..... 예 아니요 아직은 아님
 용의자가 피해자와 같은 집에 거주하거나 피해자의 가족입니까?..... 예 아니요
 이 케이스에 대해 법원에서 보호명령서를 발행하였습니까?..... 예 아니요 (“예”일 경우, 명령서 사본 첨부)
 지방 검사 (DA) 가 법원에 보상금 명령을 요청하였습니까?..... 예 아니요 아직은 아님
 법원에서 보상금을 지급할 것을 용의자에게 명령하였습니까?..... 예 (금액: \$ _____) 아니요 아직은 아님

참고 - 보상금을 받을 자격이 있을 경우 피해자 서비스 담당실 (OVS) 에서 아래에 나와 있는 비용에 대해 환급을 해드릴 수 있습니다. 또한 이 항목은 법원에서 명령한 보상금의 일부로 요청되어야 합니다. 범죄 케이스가 있을 경우, 신청자는 이 정보를 검사와 공유하시기 바랍니다. 보상금에 관한 자세한 내용은 법원 명령 보상금 안내 페이지를 참조하십시오.

5 범죄와 관련된 비용 (해당 사항에 모두 체크)

- 의료/구급차 가족 부양 차질 급여 손실 개인 교통비
 범죄 현장 청소 (사망 청구에만 해당) DV 보호소 의료
 보안 장치/시스템 직업/재활 이주/보관 법원
 상담 장례/매장 주요 개인 자산
 기타 (설명): _____

6 현금, 안경, 의류 등 이 범죄로 인해 교체되어야 하는 주요 개인 자산을 기재해 주십시오.

(없을 경우 7 번으로 가십시오.)

| 분실/손상된 항목 | 비용 | 분실/손상된 항목 | 비용 |
|-----------|----------|-----------|----------|
| 1. | \$ | 4. | \$ |
| 2. | \$ | 5. | \$ |
| 3. | \$ | 6. | \$ |

| | | |
|------------------|---------------|-----------------|
| 주택 소유자/임대자 보험 회사 | 보험증서 또는 ID 번호 | 공제액 \$ |
| 자동차/기타 보험 회사 | 보험증서 또는 ID 번호 | 공제액 \$ |

— 부상이 발생하지 않고 주요 개인 자산 혜택만을 청구하는 경우 15 번으로 가십시오.—

7 급여 상실에 대한 피해자 또는 부모 고용 및 보험 관련 사항

고용주에게 연락이 가는 것을 원하지 않으실 경우 급여 손실 환급액을 요청하실 수 없습니다. (8 번으로 가십시오.)

범죄가 발생했을 때 피해자/입원한 미성년 피해자의 부모가 고용된 상태였습니까? 예 아니요

(“아니요”일 경우 8 번으로 가십시오.)

피해자/입원한 미성년 피해자의 부모가 범죄로 인해 근무를 하지 못하게 되었습니까? 예 아니요

피해자/부모가 자영업자입니까? 예 아니요

(“예”일 경우, 작년 연방정부 세금 신고서 및 전체 일정을 첨부하십시오.)

고용주의 이름, 주소, 전화번호:

회사명 _____ 거리 _____ 도시 _____ 주 _____ 우편번호 _____ 전화번호: _____

기타 고용주의 이름, 주소, 전화번호:

회사명 _____ 거리 _____ 도시 _____ 주 _____ 우편번호 _____ 전화번호: _____

피해자가 출근할 수 없다고 진단한 의사의 이름, 주소, 전화번호:

의사 이름 _____ 거리 _____ 도시 _____ 주 _____ 우편번호 _____ 전화번호: _____

피해자가 근무하지 못한 부분을 보장해주는 보험 회사 관련 사항 (없을 경우 아래에 “없음”이라고 기재한 후 8 번으로 가십시오.)

보험증서 또는 ID 번호 또는 “없음” _____ 보험증서 또는 ID 번호 또는 “없음” _____

| | | | |
|----------|--|--------------------------|-------------------------------------|
| 1. 실업 보험 | | 5. 산재 보험 | |
| 2. 장애 보험 | | 6. 기타 보험 | |
| 3. 연금 플랜 | | 7. 사회 보장 보조금 (SSN 기재 필수) | 소셜 시큐리티 번호 _____ - _____ - _____ |
| 4. 기타 보험 | | 8. SSI 혜택 (SSN 기재 필수) | 소셜 시큐리티 번호 _____ - _____ - _____ |

8 피해자가 사망하여 장례 비용이 발생한 경우, 아래 항목을 작성해 주십시오.

(아닐 경우 9 번으로 가십시오.)

또한 장례식장 연락처, 장례 비용 관련 기타 청구서, 사망신고서가 있을 경우 사본을 첨부하십시오.

장례식장 이름: _____ 전화번호: (_____) _____

주소: _____

거리 _____ 도시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

9 피해자가 범죄로 인해 부상을 입었거나 사망한 경우, 아래 항목을 작성하십시오.

피해자의 부상에 대해 간략히 설명하십시오. _____

피해자가 의학적 치료를 받았습니까? 예 아니요 (“아니요”일 경우 10 번으로 가십시오.)

범죄와 관련된 피해자의 부상을 치료한 의료 전문가 관련 사항

| | 정식 이름 | 정확한 주소 | 전화번호 |
|--------------------|-------|--------|---------------|
| 최초 병원 | _____ | _____ | (_____) _____ |
| 기타 병원 | _____ | _____ | (_____) _____ |
| 최초 의사 (입원하지 않음) | _____ | _____ | (_____) _____ |
| 기타 의사 | _____ | _____ | (_____) _____ |
| 최초 치과의사 | _____ | _____ | (_____) _____ |
| 피해자의 카운슬러 | _____ | _____ | (_____) _____ |

10 피해자의 부양 가족 또는 피해자의 부양을 받고 있는 사람 (없을 경우 11 번으로 가십시오.)

| | | | | |
|------------|----|---------------------------------|------|--|
| 부양 가족 | 이름 | 소셜 시큐리티 번호 _____-_____-_____ | 생년월일 | 피해자와의 관계 |
| | 주소 | | | 법적 보호자이십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 기타 피부양자 | 이름 | 소셜 시큐리티 번호 _____-_____-_____ | 생년월일 | 피해자와의 관계 |
| | 주소 | | | 법적 보호자이십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 기타 피부양자 | 이름 | 소셜 시큐리티 번호 _____-_____-_____ | 생년월일 | 피해자와의 관계 |
| | 주소 | | | 법적 보호자이십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |

부양 가족이 4 명 이상일 경우, 별도의 용지를 첨부하고 여기에 체크하십시오.

11 피해자 이외에 다른 사람이 이 범죄로 인해 카운슬링을 받았습니까? (아닐 경우 12 번으로 가십시오.)

| | | | |
|---------------------|----------|----------------------|---------------|
| 카운슬링을 받은 사람 | 피해자와의 관계 | 카운슬링 비용을 청구 받은 보험 회사 | 보험증서 또는 ID 번호 |
| 카운슬러의 이름, 주소, 전화번호: | | | |
| 그 외에 카운슬링을 받은 사람 | 피해자와의 관계 | 카운슬링 비용을 청구 받은 보험 회사 | 보험증서 또는 ID 번호 |
| 카운슬러의 이름, 주소, 전화번호: | | | |

이 범죄로 인해 카운슬링을 받은 사람이 3 명 이상일 경우 여기에 체크한 다음, 별도의 용지에서 설명한 후 첨부하십시오.

