

## Как подать заявление на компенсацию

### Кто может подать заявление на компенсацию?

Жертвы преступлений, некоторые родственники, иждивенцы, законные опекуны и соответствующие требованиям неравнодушные граждане могут подать заявление в Управление по предоставлению услуг жертвам преступлений (Office of Victim Services, OVS) для получения компенсации расходов, не покрываемых страховкой или другими ресурсами.

### Какие расходы могут быть компенсированы?

Управление по предоставлению услуг жертвам преступлений (OVS) предлагает компенсацию, связанную с полученными травмами, смертью и утратой важного личного имущества.

В расходы, которые может покрыть Управление по предоставлению услуг жертвам преступлений (OVS), входят:

- расходы на медицинские услуги, фармацевтические препараты и консультации психолога;
- расходы, связанные с утратой важного личного имущества (до 500 долларов, включая 100 долларов наличными);
- расходы на погребение или похороны (до 6000 долларов);
- утраченная заработная плата или пособие (до 30 000 долларов) (требованиям для получения этой компенсации могут соответствовать родители или опекуны госпитализированных несовершеннолетних детей);
- транспортные расходы (для посещения суда / медицинских учреждений);
- профессиональная реабилитация;
- расходы на приборы обеспечения безопасности и приюты для жертв домашнего насилия;
- расходы на уборку места преступления (до 2500 долларов);
- расходы, связанные с утратой имущества неравнодушных граждан (до 5000 долларов);
- расходы на переезд (до 2500 долларов).

### Как подать заявление на получение компенсации?

Отправьте заполненное заявление в Управление по предоставлению услуг жертвам преступлений (OVS) вместе с копиями таких документов:

- полицейские отчеты;
- медицинские счета;
- переписка со страховыми компаниями или программами предоставления льгот с обсуждением покрытия ваших расходов;
- карты медицинского страхования;
- чеки на покупку важного личного имущества;
- свидетельство о смерти и похоронный контракт;
- свидетельство о рождении жертвы;
- подтверждение возраста (водительские права, свидетельство о рождении и т. д.);
- документы, свидетельствующие о законном опекунстве.

### Что делать, если у меня нет некоторых документов, требуемых Управлением по предоставлению услуг жертвам преступлений (OVS)?

Отправляйте свое заявление сразу же. Вы можете отправить остальные документы позже.

### Что делать, если мое имущество было утеряно, повреждено или разрушено в результате преступления?

Если вам меньше 18 лет или же 60 и более лет, если вы имеете инвалидность или получили травму, вы можете подать заявление на получение льгот либо денежных средств, которые не были покрыты другими ресурсами, для компенсации расходов на замену важного личного имущества.

*Важным считается имущество, необходимое для вашего здоровья и благополучия, например оптические очки и одежда.*

### Что делать в случае переезда?

Сразу же отправьте письмо с подписью в Управление по предоставлению услуг жертвам преступлений (OVS). Сообщите нам свой новый адрес и номер телефона. Также сообщите, поменялся ли ваш адрес электронной почты.

### Кто может подписать заявление?

Обычно заявление должно быть подписано жертвой. Однако если жертва младше 18 лет или же если она физически или психически неспособна подписать заявление, законный опекун (лицо, получающее компенсацию) должен заполнить раздел 2 заявления и поставить свою подпись.

Если жертва погибла, лицо, которое обратилось за компенсацией, должно заполнить раздел 2 заявления и поставить свою подпись.

### Есть ли другие способы подать заявление?

Да. На веб-сайте [ovs.ny.gov](http://ovs.ny.gov) перейдите в безопасный Портал по предоставлению услуг жертвам преступлений (Victim Service Portal, VSP) и подайте заявление в режиме онлайн.

### Нужно ли мне заполнять прилагаемую форму, требуемую в соответствии с Законом об ответственности и переносе данных о медицинском страховании (HIPAA)?

Да. Заполните форму HIPAA для каждого поставщика услуг. Вы можете сделать фотокопию незаполненного бланка, чтобы получить несколько экземпляров.

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

[ovs.ny.gov](http://ovs.ny.gov)

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

800-247-8035

## Информация о возмещении по решению суда

### **Что такое возмещение?**

Возмещение – это компенсация, выплачиваемая жертве виновником за потери или травмы, понесенные в результате правонарушения последнего. Суд должен объявить о возмещении во время вынесения приговора, и оно считается частью приговора.

Возмещение **НЕ** предназначено для компенсации будущих потерь и морального ущерба.

Если окружная прокуратура (District Attorney's (DA) office) рекомендует суду присудить вам требуемое возмещение, или же если в заявлении потерпевшего, включенном в отчет об исполнении probation (отчет, предшествующий вынесению приговора, возражению ответчика или вынесению решения), указано, что жертва требует возмещения, суд должен вынести соответствующее постановление, если это не противоречит принципам правосудия. Если судья не назначит выплату возмещения, он должен объяснить причины такого решения с занесением в протокол.

### **Что можно потребовать в качестве возмещения?**

Вы можете потребовать возместить любые расходы, понесенные вами в результате совершенного преступления – даже те, которые Управление по предоставлению услуг жертвам преступлений (Office of Victim Services, OVS) возместить не может. Возмещение может покрывать, среди прочего, следующие расходы: медицинские счета, расходы на консультации психолога, утрата дохода, расходы на похороны, суммы, не покрываемые страховкой, и расходы на замену украденного или поврежденного имущества.

### **Кто имеет право на получение возмещения?**

Возмещение может требовать каждый человек, который стал жертвой преступления и получил травму или понес экономические потери или ущерб. Очень часто жертвы, которые заслуживают получить возмещение, не требуют его. Это может происходить потому, что жертвы не осознают, что они имеют право на возмещение, или не знают, что нужно предпринять, чтобы получить возмещение, которое полагается им по праву.

### **Как потребовать возмещение?**

Вам следует обратиться в окружную прокуратуру и сообщить о степени серьезности полученных травм, о размерах понесенных расходов и о сумме, которую вы требуете для покрытия ущерба.

**Вы должны** представить полиции, окружному прокурору и, при необходимости, местному отделу probation копии счетов и других документов, подтверждающих степень полученных вами травм, понесенные вами расходы и размер ущерба, рассмотрения которого вы требуете у суда. Ваше заявление о возмещении будет включено в отчет об исполнении probation (отчет, предшествующий вынесению приговора, возражению ответчика или вынесению решения). Обязательно:

- Ведите точный учет, храните оригиналы счетов по всем расходам, непосредственно связанным с преступлением.
- Представьте копии этих счетов полиции, окружному прокурору и местному отделу probation.

Вы должны как можно скорее четко объяснить вашу потребность в возмещении окружной прокуратуре, адвокату жертвы/свидетеля и отделу probation. Соглашения о признании вины можно достичь в течение нескольких дней после совершения преступления. Если эта информация не была предоставлена вам перед достижением такого соглашения и вынесением приговора, вы можете привлечь виновника к ответственности через суд по гражданским делам.

Окружной прокурор обязан подать в суд ходатайство о возмещении ущерба от вашего имени.

В случае всех тяжких уголовных преступлений, многих проступков и всех правонарушений несовершеннолетними лицами и лицами, требующими надзора (persons in need of supervision, PINS), необходим отчет, предшествующий вынесению приговора или решения. С вами свяжется представитель местного отдела probation, чтобы обсудить вопрос возмещения в рамках вашего дела.

### **Как определяется размер возмещения?**

Размер возмещения основывается на доказательстве фактических расходов, понесенных вами в результате преступления. Виновник имеет право опротестовать размер возмещения. Суд может провести слушание по вопросу возмещения, в рамках которого будут рассмотрены финансовые возможности виновника. С вами может связаться представитель окружной прокуратуры, чтобы предложить вам свидетельствовать на слушании по вопросу возмещения. Если вас беспокоит перспектива личного появления в суде, вы можете обсудить альтернативные варианты с окружным прокурором, назначенным для вашего дела.

Если Управление по предоставлению услуг жертвам преступлений (OVS) оплатило ваши счета, суд может постановить выплатить возмещение за такую оплату OVS. Очень важно, чтобы вы сообщили в окружную прокуратуру о том, что вы подали заявление в OVS.

Если вы подали заявление в OVS, важно, чтобы вы сообщили Управлению о решении суда относительно возмещения ущерба виновником.

# Заявление на получение компенсации

Управление по оказанию содействия жертвам преступлений штата  
Нью-Йорк  
(New York State Office of Victim Services)



Прочитайте  
«Как подать заявление на  
получение компенсации»,  
прежде чем заполнять этот бланк

**Заполняйте печатными буквами. Дайте ответы на все вопросы.**  
*Подача ложного заявления является преступлением!*

Укажите необходимую информацию печатными буквами в соответствующих полях бланка на английском языке.

## Только для использования в Программе помощи жертвам преступлений

Код OVS VAP	Название программы/телефон	Имя адвоката/эл. почта
-------------	----------------------------	------------------------

### 1 Укажите сведения о потерпевшем

Фамилия	Имя	2-й инициал	Номер социального обеспечения <input type="checkbox"/> Отметьте здесь, если у вас нет номера социального обеспечения.	Дата рождения
Почтовый адрес: <i>Улица и номер дома    Кв. № (или почтовый ящик)    Город    Округ    Штат (или зарубежная страна)    Почтовый индекс</i>				
<b>Расовая/этническая принадлежность:</b> <input type="checkbox"/> Белые <input type="checkbox"/> Чернокожие <input type="checkbox"/> Уроженцы Азии/островов Тихого океана <input type="checkbox"/> Испаноязычные американцы <input type="checkbox"/> Американские индейцы/коренные жители Аляски <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Неизвестно				
<b>Семейное положение:</b> <input type="checkbox"/> Не состоит в браке <input type="checkbox"/> Состоит в браке <input type="checkbox"/> В разводе <input type="checkbox"/> Проживает отдельно <input type="checkbox"/> Вдовец/вдова <input type="checkbox"/> Проживает с партнером				
Пол: <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский		<b>Была ли у потерпевшего инвалидность на момент преступления?</b> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно		

#### Откуда вы впервые узнали об Управлении по оказанию содействия жертвам преступлений (Office of Victim Services)?

- Полиция  Больница  Окружной прокурор  Программа помощи жертвам преступлений  Радио/ТВ  Брошюра/плакат  
 Интернет  Другое

### 2 Если вы не являетесь потерпевшим и подписываете данное заявление, вы являетесь заявителем.

**Предоставьте информацию о себе.** (См. раздел «Кто может подписать заявление?» на странице инструкции.)

Фамилия	Имя	2-й инициал	Номер социального обеспечения <input type="checkbox"/> Отметьте здесь, если у вас нет номера социального обеспечения.	Дата рождения
Почтовый адрес: <i>Улица и номер дома    Кв. № (или почтовый ящик)    Город    Округ    Штат (или зарубежная страна)    Почтовый индекс</i>				

Кем вы приходите потерпевшему? (Отметьте **только** один вариант.)

- Родитель  Супруг/супруга  Ребенок  Опекун  Поверенный  Другое (объясните): \_\_\_\_\_

### 3 Укажите сведения о преступлении. (Отметьте **только** один вариант.)

#### Потерпевший умер

по следующей причине:

- Автомобиль  
(вождение в нетрезвом состоянии)  
 Автомобиль (другое)  
 Терроризм  
 Поджог  
 Торговля людьми  
 Другая причина лишения жизни: \_\_\_\_\_

#### Потерпевший получил травму

по следующей причине:

- Нападение  Преследование  
 Половое преступление  Похищение  
 Физическое насилие над детьми  Терроризм  
 Половое насилие над детьми  Поджог  
 Автомобиль (вождение в нетрезвом состоянии)  
 Грабеж  
 Автомобиль (не вождение  
в нетрезвом состоянии)  
 Торговля людьми  
 Другое (объясните): \_\_\_\_\_

#### Потерпевший утратил жизненно

необходимое личное имущество

по причине следующего:

- Кража со взломом/грабеж/воровство  
 Поджог  
 Автомобиль  
(вождение в нетрезвом состоянии)  
 Преступное причинение ущерба  
 Автомобиль (не вождение  
в нетрезвом состоянии)  
 Торговля людьми  
 Другое (объясните): \_\_\_\_\_

Где произошло преступление? (Отметьте **только** один вариант.)  Работа  Собственное жилье  Многоквартирный дом  Улица

Метро/автобус  Стоянка  Ресторан/бар  Школа/школьный участок  Торговый центр  Другое (объясните): \_\_\_\_\_

Носило ли преступление характер домашнего насилия? .....  Да  Нет  Неизвестно

Был ли потерпевший за рулем заказного такси во время преступления? .....  Да  Нет  Неизвестно

Было ли имущество потерпевшего утрачено или повреждено, когда он пытался предотвратить или прекратить совершение преступления против другого лица или когда он помогал правоохранительным органам прекратить совершение преступления?  Да  Нет

**Отчет о преступлении № \_\_\_\_\_ Какому органу полиции или уголовной юстиции сообщили о преступлении: \_\_\_\_\_**

Округ совершения преступления: \_\_\_\_\_ Дата преступления: \_\_\_\_\_ Дата сообщения о преступлении: \_\_\_\_\_

Если прошло более 7 дней с даты преступления до даты сообщения о преступлении, объясните причину: \_\_\_\_\_

Если прошло более 1 года с даты преступления до даты подачи вашего заявления, объясните причину: \_\_\_\_\_

Опишите преступление своими словами: \_\_\_\_\_

**4 Укажите сведения о подозреваемом.** Имя подозреваемого (если известно): \_\_\_\_\_

Был ли подозреваемый арестован за данное преступление? .....  Да  Нет

Было ли возбуждено уголовное дело против подозреваемого по данному преступлению?  Да  Нет  Еще нет

Проживает ли подозреваемый в том же доме, что и потерпевший, ЛИБО является членом семьи потерпевшего? .....  Да  Нет

Выдал ли суд охранный приказ в данном случае? .....  Да  Нет (Если да, приложите его копию.)

Ходатайствовал ли окружной прокурор о вынесении судом постановления о возмещении ущерба?  Да  Нет  Еще нет

Приказал ли суд подозреваемому возместить ущерб? .....  Да (Сумма в долларах \_\_\_\_\_)  Нет  Еще нет

**ПРИМЕЧАНИЕ.** Если вы имеете право на получение компенсации, Управление по оказанию содействия жертвам преступлений (OVS) может возместить расходы, указанные ниже. Указанные расходы должны быть включены в ходатайство о вынесении судебного постановления о выплате возмещения. Заявителям рекомендуется предоставить эту информацию обвинителям, если по факту преступления возбуждено уголовное дело. Важная информация о возмещении находится на информационной странице о судебном постановлении о выплате возмещения.

**5 Укажите свои расходы в связи с преступлением.** (Отметьте все подходящие варианты.)

- Медицинская помощь/госпитализация
- Потеря материальной поддержки
- Потеря заработка
- Личная транспортировка
- Приведение в порядок места преступления (требование исключительно в связи со смертью)
- Приют для жертв домашнего насилия
- Медицинская помощь
- Прибор/система безопасности
- Профессиональная реабилитация
- Переезд/хранение
- Суд
- Психологическое консультирование
- Похороны/погребение
- Жизненно необходимое личное имущество
- Другое (объясните): \_\_\_\_\_

**6 Список жизненно необходимого личного имущества (например, денежные средства, очки или одежда), которое нужно возместить из-за преступления.** (Если не имеется, перейдите к разделу 7.)

Опишите, что было утрачено/повреждено:	Цена	Опишите, что было утрачено/повреждено:	Цена
1. _____	\$ _____	4. _____	\$ _____
2. _____	\$ _____	5. _____	\$ _____
3. _____	\$ _____	6. _____	\$ _____

Страховая компания домовладельца/арендатора	№ полиса или страховой идентиф. №	Удерживаемая сумма
		\$ _____
Компания по страхованию автомобилей/другого имущества	№ полиса или страховой идентиф. №	Удерживаемая сумма
		\$ _____

— Если не было травм и вы обращаетесь только за пособиями на жизненно необходимое личное имущество, перейдите к разделу 15. —

**7 Укажите сведения о трудовой занятости потерпевшего или родителя и страховании от потери заработка.**

Если вы не хотите, чтобы мы обращались к вашему работодателю, вы не можете претендовать на компенсацию потери заработка. (Перейдите к разделу 8.)

Были ли потерпевший/родитель госпитализированного несовершеннолетнего потерпевшего трудоустроены на момент совершения преступления?  Да  Нет (Если нет, перейдите к разделу 8.)

Отсутствовал ли потерпевший/родитель госпитализированного несовершеннолетнего потерпевшего на работе из-за преступления?  Да  Нет

Занимался ли потерпевший/родитель индивидуальной трудовой деятельностью?  Да  Нет (Если да, приложите копии деклараций по уплате федерального налога за прошлый год и всех приложений.)

Имя, адрес и № телефона работодателя:

Работодатель \_\_\_\_\_ ( )  
Улица и номер дома \_\_\_\_\_  
Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_ № телефона \_\_\_\_\_

Имя, адрес и № телефона другого работодателя: \_\_\_\_\_ ( )

Имя, адрес и № телефона врача, выдавшего справку о невозможности выполнять работу потерпевшим:

( )

Работодатель \_\_\_\_\_ Улица и номер дома \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_ № телефона \_\_\_\_\_

Укажите сведения о страховой компании, которая возместит потерпевшему потерянное рабочее время. (Если не имеется, напишите «Не имеется» ниже и перейдите к разделу 8.)

№ полиса или страховой идентиф. № или «Не имеется»

№ полиса или страховой идентиф. № или «Не имеется»

1. Страхование по безработице		5. Компенсация работникам	
2. Страхование по нетрудоспособности		6. Другое страхование	
3. Пенсионная программа		7. Пособия по социальному обеспечению (необходим номер социального обеспечения)	Номер социального обеспечения (SSN) _____-_____-_____
4. Другое страхование		8. Пособия по дополнительному доходу по социальному обеспечению (необходим номер социального обеспечения)	Номер социального обеспечения (SSN) _____-_____-_____

**8 Если потерпевший умер и вы несли расходы в связи с погребением, заполните этот раздел.**

(Если нет, перейдите к разделу 9.)

Кроме того, приложите копию договора с похоронным бюро, другие счета за погребальные услуги и фотокопию свидетельства о смерти, если они у вас имеются.

Название похоронного бюро: \_\_\_\_\_ Номер телефона: ( ) \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Улица \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_

**9 Если потерпевший получил травмы или умер в результате преступления, заполните этот раздел.**

Кратко опишите травмы потерпевшего: \_\_\_\_\_

Получил ли потерпевший какую-либо медицинскую помощь?  Да  Нет (Если **Нет**, перейдите к разделу 10.)

Укажите сведения о медицинских работниках, которые лечили потерпевшего из-за травм, связанных с данным преступлением:

	Полное имя	Полный адрес	Номер телефона:
Первая больница	_____	_____	( ) _____
Другая больница	_____	_____	( ) _____
Первый врач (не в больнице)	_____	_____	( ) _____
Другой врач	_____	_____	( ) _____
Первый стоматолог	_____	_____	( ) _____
Психолог-консультант потерпевшего	_____	_____	( ) _____

**10 Укажите сведения об иждивенцах потерпевшего или других лицах, которые зависят от материальной поддержки потерпевшего. (Если не имеется, перейдите к разделу 11.)**

Иждивенец	Имя	Номер социального обеспечения _____-_____-_____	Дата рождения	Кем приходится потерпевшему
	Адрес			Являетесь ли вы законным опекуном? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Другой иждивенец	Имя	Номер социального обеспечения _____-_____-_____	Дата рождения	Кем приходится потерпевшему
	Адрес			Являетесь ли вы законным опекуном? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Другой иждивенец	Имя	Номер социального обеспечения _____-_____-_____	Дата рождения	Кем приходится потерпевшему
	Адрес			Являетесь ли вы законным опекуном? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Если иждивенцев более 3, приложите отдельный лист и поставьте здесь галочку:



## 16 Разрешение на общение с представителем:

Если вы хотите предоставить разрешение члену семьи, другу или другому лицу обращаться в OVS по поводу вашего заявления, укажите сведения о нем здесь.

Имя лица \_\_\_\_\_ Адрес \_\_\_\_\_ ( )  
№ телефона \_\_\_\_\_

## 17 Разрешение потерпевшего/заявителя:

Я ПОДТВЕРЖДАЮ, что принятие назначенной суммы от Управления содействия жертвам преступлений (OVS) создает право удержания в пользу штата Нью-Йорк в отношении какого-либо возмещения в связи с преступлением, по поводу которого подается заявление, включая любое судебное решение, мировое соглашение или постановление о возмещении ущерба. Кроме того, я разрешаю любому начальнику похоронного бюро, поверенному, работодателю, органу полиции или иному органу государственной власти, страховой компании или любому лицу, оказавшему услуги вышеуказанным лицам или имеющему сведения о них, предоставлять OVS или представителям этого Управления следующую информацию: записи о компенсации работникам, информацию о преступлении, любых травмах или смерти в результате преступления, а также информацию, которая относится к данному заявлению. В случае назначения суммы возмещения я разрешаю OVS произвести платежи непосредственно поставщику услуг. Я также разрешаю OVS предоставлять полученную от меня информацию и документацию по данному заявлению местной Программе помощи жертвам преступлений (VAP), с тем чтобы VAP могла помочь OVS в оформлении моего заявления и принятии решения. Если выше был указан адвокат, я также разрешаю OVS предоставлять полученную от меня информацию и документацию адвокату, с тем чтобы позволить ему/ей выступать моим представителем. Я понимаю, что в дополнение к данному разрешению потребуются Уведомление о представлении в суде моих интересов от моего адвоката. Если выше указан член семьи, друг или другой человек, я разрешаю Управлению по оказанию содействия жертвам преступлений (Office of Victim Services) предоставлять полученную от меня информацию и документацию по данному заявлению указанному лицу для оказания мне помощи в связи с данным заявлением.

**Фотокопия данного разрешения имеет такую же силу, как и оригинал.**

Подпись заявителя \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Телефон для связи в дневное время: \_\_\_\_\_  
Эл. почта: \_\_\_\_\_ Язык, на котором вы предпочитаете общаться:  Английский  Испанский  
 Упрощенный китайский

Традиционный китайский  Гаитянский креольский  Итальянский  Корейский  
Необходим переводчик:  Да  Нет  Русский  Другое \_\_\_\_\_

**Для оформления данного заявления отправьте нам почтой следующие документы. (Сохраните у себя копию.)**

- Все счета и квитанции на услуги, указанные в бланке данного заявления.
- Ваш заполненный и подписанный бланк заявления
- Один заполненный бланк HIPAA для **каждого поставщика услуг**, указанного в данном заявлении (Вы можете сделать фотокопию бланка HIPAA.)
- Письма от страховых компаний с отказом или разрешением оплаты услуг, перечисленных в бланке заявления.

Помните: вы должны предоставить счет своей страховой компании или фонду пособий **до** того, как OVS сможет произвести выплату.

**Отправьте свои документы почтой по следующему адресу:** New York State Office of Victim Services  
AE Smith Building  
80 S. Swan Street  
Albany, NY 12210-8002



**РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ О  
СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ СОГЛАСНО ЗАКОНУ HIPAA**  
[Данный бланк утвержден Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк]

Имя пациента	Дата рождения	Номер социального обеспечения XXX-XX-____
Адрес пациента		

Я, или уполномоченный мной представитель, прошу, чтобы информация о моем медицинском обслуживании и лечении предоставлялась в порядке, изложенном в настоящем бланке:

Согласно законодательству штата Нью-Йорк и положению о конфиденциальности закона 1996 г. о передаче и учете данных медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), я понимаю, что:

1. Данное разрешение может включать разглашение информации, относящейся к злоупотреблению **АЛКОГОЛЕМ** и **НАРКОТИКАМИ**, **ЛЕЧЕНИЮ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**, исключая записи психотерапевта, а также **КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ, ОТНОСЯЩЕЙСЯ К ВИЧ\***, только в том случае, если я поставлю свою подпись в соответствующей строке Пункта 9(a). В случае если описанная ниже медицинская информация включает что-либо из вышеперечисленного, и я поставлю свои инициалы в строке, относящейся к пункту 9(a), я особо разрешаю предоставление такой информации лицам, указанным в пункте 8.

2. Если я разрешаю предоставление информации, касающейся ВИЧ, лечения алкогольной или наркотической зависимости, или лечения психических расстройств, получателю такой информации запрещается раскрывать ее другим лицам без моего разрешения, за исключением случаев, когда это допускается согласно федеральному законодательству или законодательству штата. Я понимаю, что имею право потребовать список людей, которые могут получить или использовать относящиеся к ВИЧ сведения обо мне без разрешения. Если я стану жертвой дискриминации в результате разглашения связанной с ВИЧ информацией, я могу обратиться в Управление по правам человека штата Нью-Йорк (New York State Division of Human Rights) по номеру (212) 480-2493 или в Комиссию по правам человека города Нью-Йорка (New York City Commission of Human Rights) по номеру (212) 306-7450. Данные организации отвечают за защиту моих прав.

3. Я имею право в любое время отменить это разрешение, письменно уведомив об этом указанного ниже поставщика медицинских услуг. Я понимаю, что мое право отменить это разрешение не распространяется на те случаи, когда на основании этого разрешения уже были совершены определенные действия.

4. Я понимаю, что подписание этого разрешения является добровольным. Мое лечение, оплата, участие в плане медицинского страхования или право на получение пособий не зависят от данного разрешения на раскрытие информации.

5. Возможно, что информация, предоставленная согласно данному разрешению, будет в дальнейшем раскрыта другим лицам ее получателем (за исключением случаев, указанных выше в пункте 2), и федеральным законодательством или законодательством штата для такого повторного раскрытия защита уже не предусмотрена.

6. **ДАННОЕ РАЗРЕШЕНИЕ НЕ ДАЕТ ВАМ ПРАВА ОБСУЖДАТЬ ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ МОЕГО ЗДОРОВЬЯ ИЛИ МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ С ЛЮБЫМ ЛИЦОМ, КРОМЕ ПОВЕРЕННОГО ИЛИ ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ, УКАЗАННОГО В ПУНКТЕ 9 (b).**

7. Название и адрес поставщика медицинских услуг или лица, которому следует передать эту информацию:

8. Название и адрес лица или категории лиц, которым будет направлена данная информация:  
**УПРАВЛЕНИЕ ПО ОКАЗАНИЮ СОДЕЙСТВИЯ ЖЕРТВАМ ПРЕСТУПЛЕНИЙ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК (NYS OFFICE OF VICTIM SERVICES) — AE SMITH BLDG. 80 S. SWAN ST., ALBANY, NY 12210-8002**

9(a). Конкретная информация, которую разрешается предоставить:

- Записи о состоянии здоровья за период с (вставить дату) \_\_\_\_\_ по (вставить дату) \_\_\_\_\_
- Вся медицинская документация, включая историю болезни пациента, служебные записи (за исключением записей психотерапевта), результаты обследований, данные рентгенологических исследований, пленки, направления, консультации, счета, страховую документацию и записи, направленные вам другими поставщиками медицинских услуг.
- Другое: \_\_\_\_\_ Включить: (отметить инициалами)

\_\_\_\_\_ **Лечение алкоголизма/наркомании**  
 \_\_\_\_\_ **Информация о психическом здоровье**  
 \_\_\_\_\_ **Информация, относящаяся к ВИЧ**

**Разрешение на обсуждение медицинской информации**

(b)  Проставляя здесь свои инициалы, \_\_\_\_\_ я даю разрешение \_\_\_\_\_ (Наименование поставщика медицинских услуг)

обсуждать информацию о состоянии моего здоровья с моим поверенным или государственным учреждением, указанным здесь:

**УПРАВЛЕНИЕ ПО ОКАЗАНИЮ СОДЕЙСТВИЯ ЖЕРТВАМ ПРЕСТУПЛЕНИЙ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК (OFFICE OF VICTIM SERVICES)**

(Имя поверенного/название фирмы или государственного учреждения)

10. Основание для предоставления информации:

*По запросу данного лица в целях установления права на получение пособий от Управления содействия жертвам преступлений штата Нью-Йорк (New York State Office of Victim Services).*

11. Дата или событие, после которых прекращается действие этого разрешения:

*Действие этого разрешения заканчивается после прекращения права данного лица на получение пособий от Управления содействия жертвам преступлений штата Нью-Йорк (Office of Victim Services).*

12. Имя лица, подписывающего форму (если это не пациент):

13. Право подписи от имени пациента:

Все пункты данной формы заполнены, и я получил(-а) ответы на все вопросы, касающиеся данного документа. Кроме того, мне предоставили копию этого бланка.

Дата: \_\_\_\_\_

Подпись пациента или уполномоченного законного представителя.

\* **Вирус иммунодефицита человека, вызывающий СПИД. Закон штата Нью-Йорк о здравоохранении защищает информацию, которая может быть использована для идентификации лица с симптомами или инфекцией ВИЧ, а также информацию о контактах лица.**