

## 如何申请赔偿

### 谁能申请赔偿？

无辜犯罪受害者、某些亲属、被扶养人、法定监护人和符合资格的见义勇为者可向受害者服务办公室 (Office of Victim Services, OVS) 申请保险或其他资源未给付的自付费用赔偿。

### 我可以得到哪些费用的赔偿？

OVS 提供如下各项相关赔偿：人身伤害、死亡、基本个人财产损失。

OVS 可能赔偿的具体费用包括：

- 医疗、药品和咨询费用
- 基本个人财产损失  
(最高 500 美元, 其中包括现金 100 美元)
- 安葬或丧葬费用 (最高 6,000 美元)
- 工资损失或赡养费损失 (最高 30,000 美元)  
(住院未成年子女的父母或监护人可能有资格获得此福利。)
- 交通运输费 (法庭/医疗)
- 专业/职业康复服务
- 安全装置和 DV 庇护所成本
- 清理犯罪现场 (最高 2,500 美元)
- 因善行而导致的财产损失 (最高 5,000 美元)
- 搬迁费用 (最高 2,500 美元)

### 我该如何申请赔偿？

请将填写完毕的 OVS 申请表连同下列文件的复印件一起寄给我们：

- 警方报告
- 医疗账单
- 与保险公司或福利计划来往的信函说明他们是否会赔偿您的损失
- 保险卡
- 基本个人财产的收据
- 死亡证明和殡葬合同
- 受害者出生证明
- 年龄证明 (驾照、出生证明等)
- 法定监护权文件

### 如果我没有 OVS 需要的全部文件，该怎么办？

立即邮寄您的申请表。您可以稍后再邮寄其他文件。

### 如果我的财产因犯罪行为导致丢失、损坏或损毁，该如何处理？

如果您未满 18 周岁，已满或超过 60 周岁，残障或受伤，您可以申请福利以取代其他资源未给付的基本个人财产。

*基本是指维持您的健康和福利的必需品，例如眼镜及衣物。*

### 如果我搬家了，该怎么办？

立即向 OVS 发送签名信件。告知我们您的新地址和新电话号码。另外，如果您更改了电子邮件地址，也请通知我们。

### 谁可以签署索赔申请表？

通常而言，受害者必须签署索赔申请表。然而，若受害者未满 18 周岁，或身体上或精神上无能力签署，则必须由其法定监护人（领取福利的个人）填写索赔申请表第 2 节并签署索赔申请表。

若受害者去世，必须由申请福利的个人填写索赔申请表第 2 节并签署索赔申请表。

### 是否有其他申请方式？

有。访问 [ovs.ny.gov](http://ovs.ny.gov)，进入安全受害者服务门户网站 (Victim Service Portal, VSP)，在线提交申请。

### 我是不是必须填写随附的 HIPPA 表？

是。为每位服务提供商填写一份 HIPPA 表。您可以复印空白表格，以制作额外的复印件。

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

## 法院判定的赔偿信息

### 何为赔偿？

赔偿是指刑事犯罪的犯罪人就刑事犯罪导致的损失或损害支付给受害者的赔偿金。赔偿必须由法院在判决时发出命令，并且被视为判决的一部分。

赔偿不用作对未来损失、精神创伤或疼痛与痛苦损害的付款。

如果地方检察官 (District Attorney, DA) 办公室通知法院您已经提出赔偿要求，或者如果缓刑调查报告（判决前、抗辩前或处理前报告）包含的受害者影响陈述表明受害者要求赔偿，则法院必须判定赔偿，除非司法利益另有规定。如果法官不判定赔偿，法官必须在记录中明确说明其理由。

### 我可以要求赔偿哪些费用？

您可以要求赔偿刑事犯罪所导致的任何费用 - 即使是受害者服务办公室 (Office of Victim Services , OVS) 可能无法赔偿的项目。赔偿可包括但不限于医疗账单、咨询费用、收入损失、丧葬费、保险扣除额和被盜或损坏财产更换的补偿。

### 谁有权要求赔偿？

已经成为刑事犯罪的受害者以及已经遭受伤害、经济损失或损害的任何人都可以寻求赔偿。很多时候，理应获得赔偿的受害者并没有要求赔偿。发生这种情况的原因可能是受害者没有意识到他们有权要求赔偿，或者不清楚通过哪些程序获得他们应得的赔偿。

### 我该如何要求赔偿？

您应该联系地方检察官办公室，告诉他们您的受伤程度、现款支付损失以及您要求的赔偿金额。

**您有责任**向警察、地方检察官以及应要求向地方缓刑部门提供账单副本，以及说明您的受伤程度、现款支付损失和您希望法院纳入考量的赔偿金额的其他文件。您对赔偿的主张将包含在任何缓刑调查报告（判决前、抗辩前或处理前报告）中。确保：

- 保留准确的记录，例如刑事犯罪直接导致您承担的任何费用的原始收据。
- 将这些收据的副本送交警察、地方检察官和地方缓刑部门。

您需要尽快向地方检察官、受害者/证人的代言人以及缓刑部门清楚地解释您的赔偿要求。认罪协议可能会在实际刑事犯罪发生之后几天内达成。如果未在认罪协议和判决前提供这些信息，您可能需要在民事法院追究犯罪人的责任。

地方检察官有义务代表您向法院申请判定赔偿。

在所有重罪刑事案件、许多轻罪刑事案件和所有青少年犯罪和需管教个人 (Persons In Need Of Supervision, PINS) 案例中，需要判决前或处理前调查报告。地方缓刑部门将会就赔偿问题与您取得联系，因为这与您的个案相关。

### 如何裁定赔偿？

赔偿金额基于刑事犯罪导致您现金支付损失的证据。犯罪人有权对于赔偿金额提出异议。法院可针对赔偿问题举行听证会，并在听证会上考虑犯罪人的支付能力。地方检察官办公室可与您联系，并要求您在赔偿听证会上作证。如果您对于亲自出庭心存顾虑，应该与被指派负责您个案的地方检察官商讨替代方案。

如果 OVS 已经支付您的账单，法院可以判定将这些已付款项目的赔偿款项支付给 OVS。请务必告知地方检察官办公室，您已经向 OVS 提出索赔要求。

如果您已经向 OVS 提出索赔要求，请务必告知 OVS 法院是否判定犯罪人支付赔偿。

請先閱讀  
如何申請賠償之內容，  
然後再填寫此表

# 賠償申請表

## 紐約州受害者服務辦公室



請以正楷填寫。 回答所有問題。 提出虛假索賠是違法行為！

請以正楷在英文版表格相對應方框內填寫所要求的資訊。

### 受害者援助計劃專用

OVSV VAP 編號	計劃名稱/電話	協助人員姓名/電子郵件
-------------	---------	-------------

### 1 告訴我們受害者的個人資料

姓氏	名字	中間名縮寫	社會安全號碼： <input type="checkbox"/> 如果您沒有該號碼，請勾選此處。 ____-____-____	出生日期	
郵寄地址：					
街道	公寓號碼 (或郵政信箱)	城市	縣	州 (或外國)	郵遞區號
種族/民族： <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 亞裔/太平洋島民 <input type="checkbox"/> 拉美裔人 <input type="checkbox"/> 美國印第安人/阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不清楚					
婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離異 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 與伴侶同住					
性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		在遭遇犯罪行為時受害者是否為殘障人士？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚			

您最初從何處得知受害者服務辦公室？

警察  醫院  地方檢察官  受害者援助計劃  廣播/電視  手冊/海報  網際網路  其他

### 2 如果您本身不是受害者，而在此份索賠申請表上簽名，您就是索賠人。請告知我們您的個人資料。

(請參閱說明頁的「誰可以在索賠申請表上簽名？」。)

姓氏	名字	中間名縮寫	社會安全號碼： <input type="checkbox"/> 如果您沒有該號碼，請勾選此處。 ____-____-____	出生日期	
郵寄地址：					
街道	公寓號碼 (或郵政信箱)	城市	縣	州 (或外國)	郵遞區號

您與受害者的關係為何？ (僅勾選一項。)

父/母  配偶  子女  法定監護人  律師  其他 (請說明)：\_\_\_\_\_

### 3 告訴我們案發當時的情況。(僅勾選一項。)

受害者死亡的原因是：

- 車禍 (酒醉後駕車)
- 車禍 (其他原因)
- 恐怖攻擊
- 縱火
- 人口販賣
- 其他凶殺行為：\_\_\_\_\_

受害者受傷的原因是：

- 施暴
- 性侵犯
- 虐童
- 性侵犯兒童
- 車禍 (酒後駕車)
- 車禍 (非酒後駕車)
- 其他 (請說明)：\_\_\_\_\_
- 盯梢
- 綁架
- 恐怖攻擊
- 縱火
- 搶劫
- 人口販賣

受害者損失重要個人財物的原因：

- 入室盜竊/搶劫/盜竊
- 縱火
- 車禍 (酒後駕車)
- 刑事惡作劇
- 車禍 (非酒後駕車)
- 人口販賣
- 其他 (請說明)：\_\_\_\_\_

犯罪案件是在何處發生的？ (僅勾選一項。)

工作地點  自宅  公寓大樓  公共街道

地下鐵/公車  停車場  餐廳/酒吧  學校/校園  購物中心  其他 (請說明)：\_\_\_\_\_

犯罪案件是否屬家暴行為？ .....  是  否  不清楚

犯罪案件發生時，受害者是否正駕駛電召計程車？ .....  是  否  不清楚

受害者在試圖避免或阻止別人成為犯罪受害者或協助執法人員遏阻犯罪時，其財物是否有損失或遭到損壞？  
.....  是  否

犯罪筆錄編號：\_\_\_\_\_ 接獲報案的警察或刑事司法機構：\_\_\_\_\_

犯罪案件發生的縣：\_\_\_\_\_ 犯罪日期：\_\_\_\_\_ 接獲報案的日期：\_\_\_\_\_

如果犯罪發生日期與報案日期的間隔超過 7 天，請說明原因：\_\_\_\_\_

如果犯罪發生日期與您申請此索賠的日期間隔超過 1 年，請說明原因： \_\_\_\_\_

以您自己的說法來描述此犯罪案件： \_\_\_\_\_

**4 告訴我們您對於嫌犯的瞭解。** 嫌犯的姓名 (如果您知道):

- 嫌犯是否已因此項罪行而遭到逮捕? .....  是  否  
嫌犯是否已因此項罪行而遭到起訴? .....  是  否  尚未起訴  
嫌犯是否和受害者住在一起或者嫌犯是受害者的家人? .....  是  否  
法院是否已就本案核發保護令? .....  是  否 (如果「是」, 請附上影本。)  
地方檢察官是否已向法院請求賠償命令? .....  是  否  尚未請求  
法院是否已命令嫌犯支付賠償金? .....  是 (金額 \_\_\_\_\_ 美元)  否  尚未命令

**請注意** - 如果您有資格獲得賠償, OVS 可能可以償付下列費用。這些項目也應該包括在法院責令賠償中的一部分。倘若是刑事案件, 申請人最好向檢察官提供這類資訊。請參閱「法院責令賠償資訊」頁以瞭解關於賠償的重要資訊。

**5 告訴我們有關您在本犯罪案件中的相關支出。** (勾選所有符合的項目。)

- 醫療/救護車  喪失經濟支柱  喪失工資  個人交通運輸  
 犯罪現場清理 (僅限於死亡索賠)  家暴庇護所  醫療  
 保全裝置/系統  職業/復健  搬家/存儲  法院  
 諮詢  葬禮/殮葬  必要個人財物  
 其他 (請說明): \_\_\_\_\_

**6 列出因本犯罪案件而損失的必要個人財物, 例如現金以及需要更換的眼鏡或衣物。** (如果沒有, 請跳至 7。)

描述損失/損壞的物品:	損失金額	描述損失/損壞的物品:	損失金額
1. ....	\$ .....	4. ....	\$ .....
2. ....	\$ .....	5. ....	\$ .....
3. ....	\$ .....	6. ....	\$ .....

屋主/租戶保險公司	保單或 ID 號碼	扣除額 \$ .....
汽車/其他保險公司	保單或 ID 號碼	扣除額 \$ .....

— 如果沒有人員受傷, 而您要求的僅是必要個人財物補助, 請跳至 15. —

**7 告訴我們受害者或家長的就業情況以及薪資補償保險。**

如果您不希望我們與您的雇主聯繫, 您將不能要求獲得薪資補償。(跳至 8。)

- 當犯罪案件發生時, 受害者/住院兒童的家長是否有工作?  有  沒有 (如果沒有, 請跳至 8。)  
受害者/住院兒童的家長是否因為此犯罪案件而導致工作缺勤?  是  否  
受害者/家長是否自己經營公司?  是  否 (如果「是」, 請附上去年的聯邦報稅表以及所有附表。)

雇主姓名、地址和電話號碼:

\_\_\_\_\_  
雇主 街道 城市 州 郵遞區號 電話號碼

其他雇主姓名、地址和電話號碼:

\_\_\_\_\_  
雇主 街道 城市 州 郵遞區號 電話號碼

證明受害者無法工作之醫師的姓名、地址與電話號碼:

\_\_\_\_\_  
雇主 街道 城市 州 郵遞區號 電話號碼

告訴我們將會在受害者無法工作期間提供給付的所有保險公司。(如果沒有，請在下面註明「無」然後跳至 8。)

保單或 ID 號碼或「無」		保單或 ID 號碼或「無」	
1.失業保險		5.勞工賠償	
2.傷殘保險		6.其他保險	
3.退休金計劃		7.社會安全福利(要有 ssn)	SSN: ____-____-____
4.其他保險		8.社會安全福利(要有 ssn)	SSN: ____-____-____

**8 如果受害者死亡，而您支付了任何喪葬費，請填寫以下內容。(如果沒有，請跳至 9。)**

同時請附上殯儀館合約、其他喪葬費帳單的副本，以及死亡證明的影本(如果您有上述資料的話)。

殯儀館名稱：\_\_\_\_\_ 電話號碼：(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_ 街道 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_

**9 如果受害者因本犯罪案件而受傷或死亡，請填寫下列內容。**

簡略描述受害者的受傷情況：\_\_\_\_\_

受害者是否接受任何醫療治療？  有  沒有 (如果沒有，請跳至第 10 部分)

告訴我們在本犯罪案件中為受傷的受害者進行治療的專業醫護人員：

	人員全名	完整住址	電話號碼
第一家醫院	_____	_____	(____) _____
其他醫院	_____	_____	(____) _____
第一位醫師 (不在醫院中)	_____	_____	(____) _____
其他醫師	_____	_____	(____) _____
第一位牙醫	_____	_____	(____) _____
受害者的輔導人員	_____	_____	(____) _____

**10 告訴我們受害者的受撫養家屬，或是依賴受害者撫養之其他人。(如果沒有，請跳至 11。)**

受撫養家屬	姓名	社會安全號碼 ____-____-____	出生日期	與受害者的關係：
	住址			您是法定監護人嗎？ <input type="checkbox"/> 是
其他受撫養家屬	姓名	社會安全號碼： ____-____-____	出生日期	與受害者的關係：
	住址			您是法定監護人嗎？ <input type="checkbox"/> 是
其他受撫養家屬	姓名	社會安全號碼： ____-____-____	出生日期	與受害者的關係：
	住址			您是法定監護人嗎？ <input type="checkbox"/> 是

如果受撫養家屬超過 3 位，請附上另一張資料表並且勾選此處：

**11 是否有受害者以外的任何人因本犯罪案件而接受輔導？(如果沒有，請跳至 12。)**

接受輔導的是誰？	與受害者的關係：	支付輔導費用的保險公司	保單或 ID 號碼
輔導人員的姓名、地址與電話號碼：			
還有其他人接受輔導嗎？	與受害者的關係：	支付輔導費用的保險公司	保單或 ID 號碼
輔導人員的姓名、地址與電話號碼：			

如果因本犯罪案件而接受輔導的人超過 2 個，請勾選此處並附上另一張資料表加以說明。

- 12 列出為受害者或受害者受撫養家屬提供給付的所有保險。如果沒有保險，請在下面註明「無」。如果您已經申請但是還沒有獲得給付，請在「保單或 ID 號碼」底下註明「申請中」。

保單或 ID 號碼

此保險給付的被保人姓名：

主要保險公司		
主要醫療保險公司		
其他保險 (工會、牙齒、視力等)		
Medicare		
Medicaid		
勞工賠償		
汽車保險		
其他保險		

- 13 如果受害者死亡，請告訴我們所有人壽保險以及死亡給付的相關資料。

(如果受害者沒有死亡，或者沒有任何人壽保險以及死亡給付，請跳至 14。)

	公司名稱：	住址	電話號碼	保單或 ID 號碼
人壽保險	_____	_____	( ) _____	_____
退休金計劃	_____	_____	( ) _____	_____
其他保險/計劃	_____	_____	( ) _____	_____
Medicaid	_____	_____	( ) _____	_____
勞工賠償	_____	_____	( ) _____	_____

如果有任何保險或死亡給付，請在此列出： \_\_\_\_\_

這些保單是否會給付受害者的喪葬費？  是  否

是否有任何人申請社會安全死亡給付？  是  否

- 14 告訴我們您的財務狀況。您必須填寫下面所有部分。如果沒有，請填入零 (0)。

您的受撫養家屬有幾位？ \_\_\_\_\_

您的每年總收入為何 (所有收入來源)？如果您不確定，請提供概略的數字：\$ \_\_\_\_\_

在下面列出您的所有資產以及所有負債。如果您不確定，請提供概略的數字。如有必要，請用附加頁面。

您的資產 - 如果沒有，請填入零 (0)。		您的債務 - 目前您的負債有多少？	
存款、股票、債券	\$ _____	如果沒有，請填入零 (0)。	
房地產 (房屋等)	\$ _____	房貸	\$ _____
從人壽保險獲得的實收款項	\$ _____	借款	\$ _____

- 15 是否有私人律師 (非地區檢察官) 代表您？  有  沒有

如果有：  OVS 索賠  民事訴訟  兩者

\_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
 律師姓名 地址 電話號碼

- 16 授權與 OVS 代表談話：

如果您允許家庭成員、朋友或其他個人與 OVS 討論有關您的索賠申請，請在下面填入資料。

\_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
 個人姓名 地址 電話號碼

## 17 受害者/索賠者授權：

本人茲確認接受受害者服務辦公室 (OVS) 的裁定，對於作為提出索賠依據的相關犯罪案件，同意紐約州取得其追償裁定 (包括所有判決、和解或賠償命令) 之留置權。本人進一步授權所有殯葬業者、律師、雇主、警察或其他公家機關、保險公司或在上述過程中提供服務的所有人員或具備相同知識者，將下列資訊提供給受害者服務辦公室 (OVS) 或其代表：勞工賠償記錄、犯罪案件以及因犯罪案件而導致任何傷亡的相關資訊，以及與本次索賠有關的資訊。一旦判賠裁定，本人授權受害者服務辦公室 (OVS) 直接付款給醫療服務提供者。本人亦授權受害者服務辦公室 (OVS) 將因本次索賠所編寫的本人資訊和記錄與本地的受害者援助計劃 (VAP) 分享，以便讓 VAP 協助 OVS 處理本人的索賠以及作出決議。倘若聘用上述提及之私人律師，本人亦授權受害者服務辦公室 (OVS) 將因本次索賠所編寫的本人資訊和記錄與該名律師分享，以便讓該名律師成為本人的代表。本人了解除本授權書外，還需要本人之律師另外提出《出庭通知》。如果某家人、朋友或其他人員為以上提及之人，本人亦授權受害者服務辦公室 (OVS) 將因本次索賠所編寫的本人資訊和記錄與該名人員分享，以便他們協助本人處理本案索賠事宜。

本授權書的影本應視為與正本具有相同效力。

索賠人簽名	日期	( ) 白天聯絡電話號碼
電子郵件：_____	您慣用的語言： <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 西班牙語 <input type="checkbox"/> 簡體中文 <input type="checkbox"/> 正體中文 <input type="checkbox"/> 海地克里奧爾語 <input type="checkbox"/> 意大利語 <input type="checkbox"/> 韓語 <input type="checkbox"/> 俄語 <input type="checkbox"/> 其他_____	

是否需要口譯員：是 否

為處理您的索賠事宜，請將以下文件郵寄給我們。(請自行保留一份副本作為記錄。)

- 本申請表上所列出的所有服務帳單與收據
- 已填妥並附上簽名的索賠申請表
- 本申請表中列出的**每個醫療服務提供者** 都應發給其一份填妥的 HIPAA 表 (您可以影印 HIPAA 表。)
- 任何保險公司拒付或授權支付本申請表所列示之醫療費用的信件。

請記得：您必須**先**向保險公司或福利計劃請款，之後受害者服務辦事處 (OVS) 才能支付費用。

將您的文件郵寄至：  
New York State Office of Victim Services  
AE Smith Building  
80 S. Swan Street  
Albany, NY 12210-8002

