



피해 보상 신청 방법

피해 보상을 신청할 수 있는 사람은 누구?

무고한 범죄 피해자, 특정 친인척, 피부양자, 법정 후견인 및 선한 사마리아인은 피해자 서비스국(Office of Victim Services, OVS)에 보험 및 여타 자원으로 보상받지 못하여 사비로 지급한 경비 보상을 신청할 수 있습니다.

어떤 종류의 경비를 보상받을 수 있나요?

OVS에서는 개인 상해, 사망 및 필수 개인 재산의 손실 등과 관련한 보상을 제공합니다.

OVS에서 취급하는 경비의 구체적인 예:

- 의료비, 약값 및 상담비
- 필수 개인 재산 손실(최고 \$500, 현금 \$100 포함)
- 매장 또는 장례비(최고 \$6,000)
- 급여 손실 또는 지원금 손실(최고 \$30,000) (미성년 아동이 입원한 경우 그 부모나 후견인이 이 수당을 받을 자격에 부합할 수 있습니다.)
- 교통비(법원/병원)
- 직업 재활(재교육)
- 보안 장치 및 DV 보호소 이용비
- 범죄 현장 청소(최고 \$2,500)
- 선한 사마리아인 재산 손실(최고 \$5,000)
- 이사비(최고 \$2,500)

피해 보상은 어떻게 신청하나요?

작성을 마친 OVS 신청서와 다음 서류의 사본을 보내주세요.

- 경찰 조서
- 의료비 청구서
- 보험사와 주고받은 서신 또는 보험사 측에서 손실을 보상해주기로 했다는 수당 상품 안내서
- 보험증
- 필수 개인 재산 영수증
- 사망 증명서 및 장의사 계약서
- 피해자 출생증명서
- 연령 증명 서류(운전면허증, 출생증명서 등)
- 법정 후견 관련 서류

OVS에 내야 하는 서류 중 몇 가지가 제 수중에 없으면 어떻게 하나요?

바로 신청서부터 보내세요. 다른 서류는 나중에 보내도 됩니다.

범죄가 발생한 탓에 제 재산을 손실하거나, 피해가 발생하거나 파손된 경우에는 어떻게 하나요?

18세 미만이거나 60세 이상인 경우, 장애가 있거나 상해를 입은 경우, 여타 자원으로 보상되지 않는 필수 개인 재산 교체 비용을 위한 수당이나 현금을 신청할 수 있습니다.

필수란 안경이나 의류와 같이 소유자의 건강과 복지를 위해 필요한 것을 말합니다.

이사를 하면 어떻게 하나요?

곧바로 OVS에 서명한 편지를 보내주세요. 새 주소와 전화번호를 알려주시면 됩니다. 이메일 주소가 바뀌는 경우에도 알려주세요.

청구서에는 누가 서명하나요?

보통은 피해자 본인이 청구서에 서명합니다. 다만 피해자가 18세 미만이거나 신체적, 정신적으로 서명이 불가능한 상태인 경우에는 법정 후견인(수당을 받는 인물)이 청구서 섹션 2를 작성하고 청구서에 서명해야 합니다.

피해자가 사망한 경우, 수당을 신청하는 사람이 청구서 섹션 2를 작성하여 청구서에 서명해야 합니다.

다른 신청 방법도 있나요?

네. ovs.ny.gov에서 안전한 피해자 서비스 포털(Victim Service Portal, VSP)에 액세스하여 온라인으로 신청서를 제출하세요.

첨부된 HIPAA 양식도 작성해야 하나요?

네. 각각의 서비스 공급자마다 HIPAA 양식을 한 부씩 작성하세요. 빈 양식을 복사해 추가로 사본을 만들면 됩니다.

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

법원 명령 배상 정보

배상(restitution)이 뭔가요?

배상(Restitution)은 범죄 행위를 저지른 범인이 그러한 범죄 행위의 결과로 발생한 손실이나 손해에 대하여 피해자에게 지불하는 보상금을 말합니다. 법원에서 형을 선고할 때 명령해야 하며, 형의 일부분으로 간주됩니다.

배상은 향후 발생할 손실, 심적 고통이나 "정신적 고통"에 대한 피해 보상 명목으로 지불하는 것이 **아닙니다**.

지방검사(DA) 측에서 법원에 피해자가 배상을 요청했다고 알리거나 보호 관찰 수사 보고서(형 선고 전, 답변서/사유서 제출 전 또는 처분(disposition) 전)에 포함된 피해자 피해 진술문에서 피해자가 배상을 원한다고 기재된 경우, 법원은 정당한 사유로 달리 결정할 이유가 없는 한 반드시 배상을 명령해야 합니다. 판사가 배상을 명령하지 않는 경우, 판사는 그 이유를 명확하게 기록에 명시해야 합니다.

무엇을 배상으로 요청하면 되나요?

범죄 행위의 결과로 발생한 각종 경비는 무엇이든 요청하면 됩니다. 심지어 OVS에서는 환급받지 못할 가능성이 있는 품목이라도 가능합니다. 배상에는 의료비 청구서 환급, 상담 비용, 소득 손실, 장례비, 보험 공제액 및 도난당하거나 훼손된 재산 교체 비용 등을 포함하며 여기에 국한되는 것은 아닙니다.

배상받을 권리가 있는 사람은 누구인가요?

누구든 범죄 행위로 피해를 본 사람으로서 상해, 경제적 손실이나 피해를 경험했다면 배상을 신청할 수 있습니다. 대다수의 경우, 배상받을 자격에 되는 피해자가 배상을 요청하지 않습니다. 이는 피해자가 자신이 배상받을 권리가 있다는 사실을 모르기 때문일 수도 있고, 받을 만한 배상을 받기 위해 어떤 단계를 밟아야 하는지 모르기 때문이기도 합니다.

배상은 어떻게 신청하면 되나요?

지방검사실에 문의하여 상해 정도, 자비로 지출한 손실 및 요청하고자 하는 피해 보상 금액 등을 알려주세요.

경찰, DA 및 지역 보호 관찰국(요청 시)에 청구서 및 여타 서류를 제시하여 상해 정도, 자비로 지출한 손실 및 법원에서 고려해주시기를 바라는 피해 보상 금액 등을 알리는 것은 **피해자의 책임**입니다. 배상 청구는 각종 보호 관찰 수사 보고서(선고 전, 답변서/사유서 제출 전 또는 처분(disposition) 전 보고서)에 포함됩니다. 유의 사항:

- 범죄 행위의 직접적인 결과로 발생한 각종 경비의 영수증 원본 등과 같이 정확한 기록을 보관해야 합니다.
- 이러한 영수증 사본을 경찰, DA 및 지역 보호 관찰국에 제출하세요.

DA, 피해자/증인 변호인과 보호 관찰국에 최대한 빨리 배상이 필요하다는 점을 명확하게 설명해야 합니다. 실제 범죄 행위가 발생하고 며칠 안에 유죄담변 합의가 이루어질 수 있습니다. 이 정보를 유죄담변 합의 및 형 선고 전에 제공하지 않으면 민사 법원에서 범인에게 소송을 제기해야 할 수 있습니다.

DA에는 피해자를 대신하여 법원에 배상 명령을 청원할 의무가 있습니다.

모든 중범죄 형사 사건, 대다수의 경범죄 형사 사건 및 모든 청소년 범죄와 감독 대상 인물(Persons in Need of Supervision, PINS) 사건의 경우 형 선고 전 또는 처분 전 수사 보고서가 필요합니다. 지역 보호 관찰국에서 피해자의 사건과 관련되는 배상 문제에 관하여 피해자에게 연락을 취합니다.

배상은 어떻게 결정되나요?

배상 금액은 범죄 행위의 결과로 피해자가 자비로 지출한 금액의 발생 증빙 서류에 따라 결정됩니다. 범인에게는 배상 금액에 이의를 제기할 권리가 있습니다. 법원은 배상 사안에 대하여 심리를 개최할 수 있으며 여기에서 범인의 지불 능력을 고려할 수 있습니다. DA 사무실에서 피해자에게 연락하여 배상 심리에서 증언을 요청할 수 있습니다. 법원에 직접 출석하는 것이 우려되는 경우, 사건을 배정받은 담당 DA와 대안을 알아보는 것이 좋습니다.

OVS에서 청구서 금액을 지급한 경우, 법원에서 배상 금액을 그와 같이 기지급한 품목에 대해 OVS 측에 지급하도록 명령할 수도 있습니다. DA 측에 OVS에 청구서를 제출했다는 사실을 알리는 것이 중요합니다.

OVS에 청구서를 제출한 경우, OVS에 법원에서 범인에게 배상금을 지급하라고 명령했는지 알려야 합니다.

이 양식을 작성하기에 앞서
피해 보상 신청 방법을
잘 읽어보세요.

피해 보상 신청서

뉴욕주 피해자 서비스국(New York State Office of Victim Services)



정자체로 기재하세요. 모든 질문에 답해야 합니다.
허위 사실로 보상을 청구하는 것은 범죄 행위입니다!

피해자 지원 프로그램 이용 시에만 해당

OVS VAP ID#	프로그램 이름/전화번호	변호인 이름/이메일
-------------	--------------	------------

1 피해자에 대해 알려주세요.

성	이름	MI	소셜 시큐리티 번호(#) <input type="checkbox"/> 번호가 없는 경우 여기에 체크 표시하세요.	생년월일
우편 주소:				
도로명 아파트 번호(또는 사서함 번호) 시 카운티 주(또는 외국) 우편번호				
인종/민족: <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 흑인 <input type="checkbox"/> 아시아계 <input type="checkbox"/> 히스패닉 <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언/알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 태평양 섬 주민/하와이 원주민 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 다인종				
결혼 상태: <input type="checkbox"/> 비혼 <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"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 범죄 발생 당시 피해자에게 장애가 발생했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음				

피해자 서비스국을 처음 접한 경로는 다음 중 어디입니까?

- 경찰 병원 지방 검사 피해자 지원 프로그램 라디오/TV 브로슈어/포스터 인터넷 기타

2 피해자 본인이 *아니고* 청구서에 서명하는 경우, 귀하가 청구자입니다. 귀하에 대해 알려주세요. (지침 페이지의 '청구서에는 누가 서명하나요?' 내용을 참조하세요.)

성	이름	MI	소셜 시큐리티 번호(#) <input type="checkbox"/> 번호가 없는 경우 여기에 체크 표시하세요.	생년월일
우편 주소:				
도로명 아파트 번호(또는 사서함 번호) 시 카운티 주(또는 외국) 우편번호				

피해자와 무슨 관계입니까? (**한 개 항목에만 체크 표시하세요.**)

- 부모 배우자 자녀 법정 후견인 변호사 기타(자세히 기재) _____

3 범죄에 대해 알려주세요. (한 개 항목에만 체크 표시하세요.)

피해자 사망 원인: <input type="checkbox"/> 자동차(DUI/DWI) <input type="checkbox"/> 자동차(기타) <input type="checkbox"/> 테러 <input type="checkbox"/> 방화 <input type="checkbox"/> 인신매매 <input type="checkbox"/> 기타 살인: _____	피해자가 상해를 입은 원인: <input type="checkbox"/> 폭행 <input type="checkbox"/> 스토킹 <input type="checkbox"/> 성폭행 <input type="checkbox"/> 아동 <input type="checkbox"/> 유괴 신체적 학대/방임 <input type="checkbox"/> 테러 <input type="checkbox"/> 아동 성적 학대 <input type="checkbox"/> 방화 <input type="checkbox"/> 자동차(DUI/DWI) <input type="checkbox"/> 강도 <input type="checkbox"/> 자동차(DUI/DWI 아님) <input type="checkbox"/> 인신매매 <input type="checkbox"/> 아동 포르노 <input type="checkbox"/> 기타(자세히 기재): _____	피해자가 필수 개인 재산을 손실한 원인: <input type="checkbox"/> 절도 <input type="checkbox"/> 방화 <input type="checkbox"/> 자동차(DUI/DWI) <input type="checkbox"/> 범죄 행각 <input type="checkbox"/> 자동차(DUI/DWI 아님) <input type="checkbox"/> 사기/금융 <input type="checkbox"/> 인신매매 범죄 <input type="checkbox"/> 강도(상해 없음) <input type="checkbox"/> 기타(자세히 기재): _____
--	--	--

범죄가 발생한 곳은 어디입니까? (**한 개 항목에만 체크 표시하세요.**) 직장 자기 소유의 주거지 아파트 건물 공공 도로
 지하철/버스 주차장 식당/술집 학교/학교 부지 쇼핑몰 기타(자세히 기재): _____

가정 폭력과 관련된 범죄였습니까?.....	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음
괴롭힘과 관련된 범죄였습니까?.....	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음
노인 학대/방임과 관련된 범죄였습니까?.....	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음
중요 범죄였습니까?.....	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음
범죄가 발생한 당시 피해자가 임대 차량(livery cab)을 운전 중이었습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음
피해자의 재산 손실이나 피해는 다른 사람을 상대로 발생하는 범죄를 예방 또는 저지하려다가, 또는 권한 당국의 범죄 저지를 돕다가 발생한 일입니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요

범죄 신고서 번호: _____ **신고한 경찰서나 사법 집행 기관:** _____

범죄가 발생한 카운티: _____ 범죄 발생일: _____ 범죄 신고일: _____

범죄 발생일과 범죄 신고일 사이에 7일 넘게차 이가 있는 경우, 이유 설명: _____

범죄 발생일과 이 청구서를 제출하는 날짜 사이에 1년 넘게 차이가 있는 경우, 이유 설명: _____

어떤 범죄인지 직접 작성한 문장으로 설명: _____

- 4 용의자에 대해 알려주세요.** 용의자 이름(아는 경우): _____
- 해당 용의자가 이 범죄로 체포되었습니까? 예 아니요
- 해당 용의자가 이 범죄로 기소되었습니까? 예 아니요 아직 아님
- 해당 용의자가 피해자와 같은 집에 삽니까?
또는 용의자가 피해자의 가족 구성원입니까? 예 아니요
- 법원에서 이 사건에 보호 명령을 발급했습니까? 예 아니요 (답이 '예'인 경우, 명령서 사본을 첨부하세요.)
- DA가 법원에 배상 명령을 신청했습니까? 예 아니요 아직 아님
- 법원에서 용의자에게 배상을 지급하라고 명령했습니까? 예(금액 \$ _____) 아니요 아직 아님

참고 - 배상받을 자격에 부합하는 경우, OVS에서 아래 기재된 경비를 환급할 가능성이 있습니다. 이러한 항목도 법원 명령 배상의 일부분으로 요청해야 합니다. 신청자는 형사 사건이 진행 중인 경우 검사 측과 이러한 정보를 공유하는 것이 좋습니다. 배상에 관한 자세한 정보는 법원 명령 배상 정보 페이지를 참조하세요.

- 5 이 범죄와 관련하여 발생한 경비에 대해 알려주세요.** (해당하는 항목에 모두 체크 표시하세요.)
- | | | | |
|--|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 의학적 처치/앰블런스 | <input type="checkbox"/> 지원금 손실 | <input type="checkbox"/> 급여 손실 | <input type="checkbox"/> 개인용 교통수단 |
| <input type="checkbox"/> 범죄 현장 청소 | (사망 청구만 해당) | <input type="checkbox"/> DV 보호소 | <input type="checkbox"/> 의료/상담 |
| <input type="checkbox"/> 보안 장치/시스템 | <input type="checkbox"/> 직업 재활/재교육 | <input type="checkbox"/> 이사/짐 보관 | <input type="checkbox"/> 법원 |
| <input type="checkbox"/> 상담 | <input type="checkbox"/> 장례/매장 | <input type="checkbox"/> 필수 개인 재산 | |
| <input type="checkbox"/> 기타(자세히 기재): _____ | | | |

- 6 이 범죄로 인해 새것으로 바꿔야 하는 필수 개인 재산(예를 들어 현금, 안경이나 의류 등)이 있으면 여기에 기재하세요.**
(없는 경우 7로 건너뛰십시오.)

손실/훼손된 물품 설명:	비용	손실/훼손된 물품 설명:	비용
1. _____	\$ _____	4. _____	\$ _____
2. _____	\$ _____	5. _____	\$ _____
3. _____	\$ _____	6. _____	\$ _____

주택 소유주/임대업자 보험회사	상품 또는 ID 번호	공제액 \$ _____
자동차/여타 보험회사	상품 또는 ID 번호	공제액 \$ _____

— 상해를 입은 사실이 없고 필수 개인 재산 수당만 신청하는 경우, 15로 건너뛰십시오. —

- 7 피해자 또는 피해자 부모의 고용 상태 및 급여 손실 보험 등에 대해 알려주세요.**
고용주에게 연락이 가는 것을 원치 않는 경우, 손실된 급여의 환급을 요청할 수 없습니다. (8로 건너뛰세요.)
- 피해자/입원한 미성년 피해자의 부모는 범죄가 발생한 당시 고용된 직장이 있었습니까? 예 아니요 (답이 '아니요'인 경우 8로 건너뛰십시오.)
- 피해자/입원한 미성년 피해자의 부모가 이 범죄로 인하여 출근하지 못했습니까? 예 아니요
- 피해자/부모가 자영업자였습니까? 예 아니요 (답이 '예'인 경우, 작년 연방세 소득 신고서 및 별첨 서류 일체의 사본을 첨부하세요.)
- 고용주 이름, 주소 및 전화번호:
_____ () _____
- 고용주 _____ 도로명 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____ 전화번호 _____
- 기타 고용주 이름, 주소 및 전화번호:
_____ () _____
- 고용주 _____ 도로명 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____ 전화번호 _____
- 피해자가 출근할 수 없다고 인정한 의사의 이름, 주소 및 전화번호:
_____ () _____
- 의사 _____ 도로명 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____ 전화번호 _____

피해자의 근무 시간 손실에 관한 보상을 지급할 보험회사에 대해 알려주세요(있는 경우). (없는 경우, 아래에 "없음"이라고 쓰고 8로 건너뛰십시오.)

상품 또는 ID 번호나 "없음"		상품 또는 ID 번호나 "없음"	
1. 실업 보험		5. 산업재해보상보험	
2. 장애보험		6. 기타 보험	
3. 연금 상품		7. 소셜 시큐리티 수당(SSN 필요)	SSN _____ - _____ - _____
4. 기타 보험		8. SSI 수당(SSN 필요)	SSN _____ - _____ - _____

- 8 피해자가 사망한 경우, 매장 경비가 있는지 아래에 작성해주세요.** (아닌 경우, 9로 건너뛰십시오.)
또한 장의사 연락처, 매장 경비와 관련한 여타 청구서 사본 및 사망 증명서 복사본(있는 경우)도 첨부하세요.
- 장의사 이름: _____ 전화번호: () _____
- 주소: _____ 도로명 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

9 피해자가 이 범죄로 인하여 상해를 입거나 사망한 경우 아래 내용을 작성하세요.

피해자의 상해를 간략히 설명: _____

피해자가 의학적 치료를 받았습니까? 예 아니요(답이 아니요인 경우 섹션 10으로 건너뛰세요.)

이 범죄와 관련하여 피해자의 상해를 치료한 전문 의료진에 관해 알려주세요.

성명	주소	전화번호
첫 번째 병원 _____	_____	(____) _____
기타 병원 _____	_____	(____) _____
첫 번째 의사 (병원에서가 아님) _____	_____	(____) _____
기타 의사 _____	_____	(____) _____
첫 번째 치과의사 _____	_____	_____
피해자의 상담가 _____	_____	(____) _____

10 피해자의 부양가족이나 피해자에게 생계를 의지한 다른 인물에 관해 알려주세요. (없는 경우 11로 건너뛰니다.)

피부양자	이름	소셜 시큐리티 번호(#) ____-____-____	생년월일	피해자와의 관계
	주소	법정 후견인이십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
기타 피부양자	이름	소셜 시큐리티 번호(#) ____-____-____	생년월일	피해자와의 관계
	주소	법정 후견인이십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
기타 피부양자	이름	소셜 시큐리티 번호(#) ____-____-____	생년월일	피해자와의 관계
	주소	법정 후견인이십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		

피부양자가 3명을 넘는 경우, 별도의 용지를 덧붙이고 여기에 체크 표시:

11 피해자 외에 이 범죄로 인해 상담(치료)받은 사람이 있습니까? (없는 경우 12로 건너뛰니다.)

상담받은 사람은 누구입니까?	피해자와의 관계	상담료를 청구한 보험회사	상품 또는 ID 번호
상담가 이름, 주소 및 전화번호:			
이외에 상담받은 사람이 더 있다면 누구입니까?	피해자와의 관계	상담료를 청구한 보험회사	상품 또는 ID 번호
상담가 이름, 주소 및 전화번호:			

이 범죄로 인해 상담받은 인물이 2명을 넘는 경우, 여기에 체크 표시하고 별도의 용지를 덧붙여 설명하세요.

12 피해자나 피해자의 피부양자에게 적용되는 보험이 있으면 기재하세요. 보험에 가입하지 않은 경우, 아래에 "없음"이라고 쓰면 됩니다. 보험금 수령을 신청했지만 아직 보상을 받지 못한 경우, 상품 또는 ID 번호 아래에 "대기 중"이라고 쓰세요.

상품 또는 ID 번호 이 보험이 적용되는 인물 이름

기본 보험회사		
주요 의료보험회사		
기타 보험(Union, Dental, Vision, 등)		
Medicare		
Medicaid		
산업재해보상보험		
자동차 보험		
기타 보험		

13 피해자가 사망한 경우, 생명보험이나 사망 수당에 대해 알려주세요(있는 경우).
 (피해자가 사망하지 않은 경우, 또는 생명보험이나 사망 수당이 없는 경우 14로 건너뛰니다.)

	회사 이름	주소	전화번호	상품 또는 ID 번호
생명보험	_____	_____	() _____	_____
연금 상품	_____	_____	() _____	_____
기타 보험/플랜	_____	_____	() _____	_____
Medicaid	_____	_____	() _____	_____
산업	_____	_____	() _____	_____
재해보상보험	_____	_____	() _____	_____

여타 모든 보험 또는 사망 수당이 있는 경우 여기에 기재하세요. _____
 이와 같은 보험 상품 중 피해자의 매장/장례 경비를 보상하는 것이 있습니까? 예 아니요
 누구든 소셜 시큐리티 사망 수당을 신청한 적이 있습니까? 예 아니요

14 금전적 상황에 대해 알려주세요. 아래 모든 섹션을 반드시 작성해야 합니다. 없는 경우 0이라고 기입합니다.

피부양자가 모두 몇 명입니까? _____
 총소득 금액은 얼마입니까(모든 소득원 포함)? 잘 모르는 경우, 추산해서 쓰세요. \$ _____
 아래에 자산 일체와 채무 일체를 기재하세요. 잘 모르는 경우, 추산해서 쓰세요. 필요한 경우 페이지를 덧붙여도 됩니다.

자산 - 없는 경우 0이라고 기입합니다.		채무 - 현재 빚이 얼마입니까?	
저금, 주식, 채권	\$	_____	없는 경우 0이라고 기입합니다.
부동산(주택 등)	\$	모기지	\$
생명보험금	\$	대출	\$

15 개인 변호사(DA가 아니라)가 본인을 대리하는 역할을 맡았습니까? 예 아니요

답이 '예'인 경우:
 _____ () _____
 변호사 이름 주소 전화번호

16 대리인과의 대화 허가:

가족 구성원, 친구나 여타 인물이 귀하의 청구와 관련하여 OVS와 대화해도 좋다고 허가하려면 여기에 기입하세요.
 _____ () _____
 관계자 이름 주소 전화번호

17 피해자/청구자 허가:

본인은 피해자 서비스국(OSV)에서 제공하는 보상을 수락하면 이로써 본 청구를 제기한 범죄와 관련해 뉴욕주 측에서 제공하는 모든 보상의 선취특권이 발생하며, 여기에는 각종 판결, 합의 또는 배상 명령을 포함한다는 점을 인지합니다. 또한 본인은 장의사, 변호사, 고용주, 경찰 또는 여타 공공 기관, 보험사나 그러한 인물에게 서비스를 제공한 모든 인물 또는 그와 같은 지식을 보유한 인물이 OVS나 그 대리인에게 다음과 같은 정보를 제공해도 좋다고 허가합니다. 산업재해보상보험 기록, 범죄 또는 그 범죄의 결과로 발생한 각종 상해나 사망과 관련한 정보 및 본 청구 건과 관련한 정보. 보상이 제공되는 경우, 본인은 OVS에서 서비스 제공자에게 직접 대금을 지불하도록 허가합니다. 또한 본인은 OVS에 본 청구를 처리하기 위하여 수집한 본인의 정보 및 기록을 지역 피해자 지원 프로그램(VAP)과 공유하여 해당 VAP 측에서 OVS를 도와 본인의 청구를 처리하고 판단을 내리는 데 도움을 받아도 좋다고 허가하는 바입니다. 위에 개인 변호사가 기재된 경우, OVS에 본 청구와 관련하여 수집한 본인의 정보 및 기록을 해당 변호사와 공유하여 본인의 대리인으로서 역할을 다하도록 조치해도 좋다고 허가하는 바입니다. 본인은 본 허가서 외에 변호사로부터 별도의 출석 통보(Notice of Appearance)가 필요하다는 점을 이해합니다. 위에 가족 구성원, 친구나 여타 인물이 기재된 경우 OVS에 본 청구 건과 관련하여 수집한 본인의 정보와 기록을 해당 인물과 공유하여 해당 인물이 본 청구와 관련해 본인을 돕도록 조치해도 좋다고 허가합니다.

본 허가서의 복사본은 원본과 같은 효력을 지니는 것으로 간주합니다.

청구자 서명 _____ 날짜 _____ () _____ 낮 시간대 전화번호 _____
 이메일: _____ 대화할 때 선호하는 언어: 영어 스페인어 중국어 간체
 중국어 번체 아이티 크리올어 이탈리아어 한국어
 통역가 필요 여부: 예 아니요 러시아어 기타 _____

청구를 계속 진행하려면 다음 서류를 우편으로 보내주세요. (사본 한 부는 본인이 기록용으로 보관하세요.)

- 본 양식에 기재된 서비스의 청구서 및 영수증 일체
- 작성을 마치고 서명한 청구서 양식
- 이 양식에 기재된 각 서비스 제공자마다 작성을 마친 HIPAA 양식 한 부씩(HIPAA 양식은 직접 복사해서 사용해도 됨)
- 본 양식에 목록으로 기재된 서비스에 대하여 지급을 거부 또는 승인한 보험사 통보서.

유의 사항: 보험사나 수당 제도에 청구한 다음에만 OVS에서 보상금이 지급됩니다.

서류를 보낼 우편 주소: New York State Office of Victim Services
 AE Smith Building
 80 S. Swan Street
 Albany, NY 12210-8002



HIPAA에 따른 의료 정보 공개 허가
[본 양식은 뉴욕주 보건부(Department of Health)에서 승인하였음]

환자 이름	생년월일	소셜 시큐리티 번호 XXX-XX-_____
환자 주소		

본인 또는 허가를 받은 본인의 대리인은 본인의 관리 및 치료에 관련한 의료 정보를 본 양식에 명시된 대로 공개할 것을 요청합니다. 뉴욕주 법률과 1996년 제정된 건강보험이동성과 결과보고책무활동(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)의 개인정보보호 규정에 따라 본인은 다음과 같이 이해합니다.

- 본 허가에는 알코올 및 약물 남용, 정신 건강 치료에 관한 정보 공개를 포함하며 정신 치료 메모는 제외하고, HIV* 관련 기밀 정보의 경우 본인이 본문의 제 9(a)항에 이니셜을 표시한 경우에만 공개를 허가합니다. 아래 설명한 의료 정보 중 이러한 유형의 정보가 포함되어 있고 본인이 9(a)항의 확인란 위 줄에 이니셜을 표시한 경우, 이는 제8항에 기재된 인물에게 그러한 정보를 공개해도 좋다고 허가한 것입니다.
- 본인이 HIV 관련, 알코올 또는 약물 치료나 정신 건강 치료 정보의 공개를 허가하는 경우, 정보 수신인은 그러한 정보를 본인의 허가 없이 재공개해서는 안 됩니다. 다만 연방법 또는 주 정부 법에 따라 허가된 경우는 예외입니다. 본인은 본인에게는 본인의 HIV 관련 정보를 허가 없이 수신 또는 이용할 수 있는 사람들의 명단을 요청할 권리가 있다는 점을 이해합니다. 본인이 이와 같은 HIV 관련 정보의 공개 또는 노출로 인하여 차별 대우를 경험하는 경우, 본인은 뉴욕주 인권부서(Division of Human Rights)(전화: (212) 480- 2493)나 뉴욕시 인권위원회(Commission of Human Rights)(전화: (212) 306-7450)에 문의할 수 있습니다. 이와 같은 기관에는 본인의 권리를 보호할 책임이 있습니다.
- 본인에게서 언제든지 아래 목록에 기재된 의료 서비스 제공자에게 서면으로 통보하여 이 허가를 철회할 권리가 있습니다. 본인은 본인이 이 허가를 철회해도 되지만, 이 허가를 바탕으로 이미 행동을 취한 경우는 예외라는 점을 이해합니다.
- 본인은 이 허가서에 서명하는 행위는 자발적이라는 점을 이해합니다. 본인의 치료, 대금 지불, 의료 보험 상품 가입이나 수당을 받을 자격 요건 등은 본 정보 공개의 허가 여부를 조건부로 결정되지 않습니다.
- 본 허가에 따라 공개되는 정보는 수신인이 재공개할 가능성이 있으며(위의 제2항에 기재한 경우는 제외), 이와 같은 재공개는 더 이상 연방법이나 주 정부 법률로 보호되지 않습니다.
- 본 허가를 취득했다고 하여 귀하에게 본인의 의료 정보 또는 의학 치료에 관한 정보를 변호사 또는 본문 9 (b)에 명시한 정부 기관 외의 타인과 거론해도 좋다고 허가하는 것은 아닙니다.

7. 이 정보를 공개할 의료 서비스 제공자 또는 법인의 이름과 주소:
--

8. 이 정보를 보낼 인물의 이름과 주소 또는 해당 인물의 소속 범주: NYS OFFICE OF VICTIM SERVICES – AE SMITH BLDG., 80 S. SWAN ST., ALBANY, NY 12210-8002

9(a). 공개할 구체적인 정보: <input type="checkbox"/> (날짜 기입) _____ 부터 (날짜 기입)까지의 의료 기록 _____ <input type="checkbox"/> 의료 기록 전체, 예를 들어 환자 이력, 병원 메모(정신과 치료 메모 제외), 검사 결과, 엑스레이 촬영 결과, 필름, 소개서, 상담, 청구 기록, 보험 기록 및 다른 의료 서비스 제공자가 귀하에게 보낸 기록 등을 포함합니다. <input type="checkbox"/> 기타: _____ 포함 항목: (이니셜을 기재하여 표시) _____ 알코올/약물 중독 치료 _____ 정신 건강 관련 정보 _____ HIV 관련 정보

의료 정보 논의 권한 허가 (b) <input type="checkbox"/> 본인은 여기에 이니셜을 기재함으로써 _____ 다음 의료 서비스 제공자: _____ 이니셜 _____ 개인 의료 서비스 제공자의 이름 _____ 에게 본인의 변호사 또는 정부 기관 등 여기에 기재된 상대방과 본인의 의료 정보를 논의해도 된다고 허가합니다. 뉴욕주 피해자 서비스국(New York State Office of Victim Services) (변호사/법률 회사 이름 또는 정부 기관 이름)

10. 정보 공개 사유: 뉴욕주 피해자 서비스국의 수당 수혜 자격 조건이 성립하는지 확인하기 위하여 개인이 요청함.	11. 이 허가가 만료되는 날짜 또는 그 이유가 되는 사안: 본 허가는 다음이 해지되면 만료됩니다. 피해자 서비스국 수당 수혜 자격
12. 환자가 아닌 경우, 양식에 서명하는 인물의 이름:	13. 환자를 대신하여 서명할 권한:

이 양식의 모든 항목을 작성하였으며 이 양식에 관한 본인의 질문에 답변을 받았습니다. 또한 본인은 이 양식의 사본을 제공받았습니다.

날짜: _____

환자 또는 법적으로 허가를 받은 대리인의 서명.

* 에이즈(AIDS)를 유발하는 사람면역결핍바이러스(Human Immunodeficiency Virus, HIV). 뉴욕주 보건법에 따라 누군가가 HIV 증상을 보이거나 감염된 징후를 보이는 경우 합당한 수준으로 해당 인물의 신원을 파악할 수 있는 정보 및 인물의 연락처와 관련된 정보는 보호됩니다.