

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	\$ _____		Se non se ne hanno, scrivere zero (0).
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:

Documentazione medica dal (inserire data) _____ al (inserire data) _____

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.

Altro: _____ Includere: *(inserire le proprie iniziali)*
 _____ **Terapie per abuso di alcool/stupefacenti**
 _____ **Informazioni sulla salute mentale**
 _____ **Informazioni relative al virus HIV**

Autorizzazione alla divulgazione di informazioni di carattere sanitario

(b) Apponendo qui le mie iniziali _____ autorizzo _____
 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: _____

* **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.**