

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.

