

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



**依據 HIPAA 規定出示醫療資訊之授權書**  
**[此授權書已獲得紐約州衛生署的核准]**

患者姓名	出生日期	社會安全號碼 XXX-XX-____
患者住址		

本人 (或本人授權之代表) 要求本人醫療照護及治療的相關健康資訊需依照本授權書中所揭示之下列方式出示：  
 根據《紐約州法律以及健康保險流通與責任法案》 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, 簡稱 HIPAA) 的隱私權規定，本人了解：

1. 本授權書可能包括有關**酒精** 和 **藥物濫用、心理健康治療** (心理治療記錄除外)，以及 **機密 HIV\* 相關資訊** 前提是本人需在第 9(a) 項中的相應行中簽上姓名首字母的縮寫。倘若下面描述的健康資訊包括上述任何類型的資訊，同時本人在第 9(a) 項的方塊中簽上姓名首字母的縮寫，即表示本人特別授權向第 8 項中所指出的人員發佈此類資訊。
2. 倘若本人授權發佈有關 HIV、酒精或藥物治療或是心理健康治療資訊，未經本人授權，接收者不得轉發此類資訊，但聯邦或州法律允許之情況則不在此限。本人了解本人有權要求未經授權即可取得或使用本人 HIV 相關資訊之人員的名單。倘若本人因發佈或公開 HIV 相關資訊而遭到歧視，本人得撥打 (212) 480-2493 聯絡紐約州人權部，或撥打 (212) 480-2493 聯絡紐約市人權委員會 (212) 306-7450。這些機構將負責保障本人的權利。
3. 本人有權隨時透過書面方式通知下面所列的醫療照護提供者撤銷本授權書。本人了解本人可撤銷此授權書，但已根據本授權書所採取之行動則不在此限。
4. 本人了解此授權書的簽署完全出於自願。本人的治療、付款、健康計劃的參加與否或是否獲得補助的資格，並非取決於本人是否授權公開個人資訊。
5. 接收者得轉發根據本授權書所公開的資訊 (上述第 2 項所述的部分除外)，而此轉發可能不再受到聯邦法或州法的保障。
6. **本授權書並未授權您與第 9 (b) 項中指定之律師或政府機構以外的任何人討論本人的健康資訊或醫療照護。**

7. 發佈此資訊的醫療照護提供者或機構的名稱與地址：

8. 將會接獲此資訊的人員或人員小組的姓名 (名稱) 和地址：  
**紐約州受害者服務辦公室 (NYS OFFICE OF VICTIM SERVICES) -**  
**AE SMITH BLDG.80 S. SWAN ST., ALBANY, NY 12210-8002**

9(a). 待披露的具體資訊：

病歷表起迄日為 (插入日期) \_\_\_\_\_ 至 (插入日期) \_\_\_\_\_

整份病歷表，包括患者病歷、診間記錄 (不包括心理治療記錄)、檢驗結果、X 光片檢查、底片、轉診、諮詢、收費記錄、保險記錄，以及醫療照護提供者發送給您的其他記錄。

其他：\_\_\_\_\_ 包括：(以簽上姓名首字母縮寫註明)  
 \_\_\_\_\_ 濫用酒精/藥物治療  
 \_\_\_\_\_ 心理健康資訊  
 \_\_\_\_\_ HIV 相關資訊

**授權討論心理健康資訊**

(b)  在此處簽上姓名首字母縮寫 \_\_\_\_\_，表示本人授權 \_\_\_\_\_  
 姓名首字母縮寫草簽 \_\_\_\_\_ 個別醫療照護提供者的名稱

將本人的健康資訊與本人律師，或是此處所列示之政府機構討論：  
**紐約州受害者服務辦公室**  
 (律師/律師事務所名稱或政府機構名稱)

10. 披露資訊的原因： <b>以個人名義索取，目的在於確立符合紐約州受害者服務辦公室福利請領之資格。</b>	11. 本授權書終止之日期或事件： <b>本授權書將於個人向受害者服務辦公室請領之福利的資格結束時終止。</b>
--	---

12. 如您非患者，請寫下簽署授權書的人員姓名：	13. 代替患者簽名的授權單位：
--------------------------	------------------

本授權書上的所有項目皆已填妥，本人對於此授權書之疑問亦已獲得解答。此外，本人已有此授權書的副本。  
 日期：\_\_\_\_\_

患者或法律授權代表的簽名 \_\_\_\_\_

\* 造成愛滋病的人類免疫缺陷病毒。紐約州公共衛生法 (New York State Public Health Law) 保障能夠合理判斷某人具有 HIV 症狀或感染 HIV 病毒之資訊，也保障該名人士接觸之對象的相關資訊。