



如何申請賠償

誰可以申請賠償？

犯罪事件的無辜受害者，特定親屬、受撫養人、法定監護人和合法的見義勇為者，可以向受害者服務處 Office of Victim Services, OVS 申請賠償保險公司或其他單位未承保的自付費用。

我可以獲得哪些費用的賠償？

OVS 提供與人身傷害、死亡和基本個人財產損失相關的賠償。

OVS 可能提供的具體費用包括：

- 醫療、藥物和諮詢費用
- 基本個人財產損失 (最高 \$500, 包括 \$100 現金)
- 葬禮或喪葬費用 (最高 \$6,000)
- 工資損失或撫養費損失 (最高 \$30,000) (住院的未成年子女的父母或監護人可能有資格獲得此項福利。)
- 交通 (用於出庭/醫療)
- 職能/職業復健
- 保全設備和家暴 (Domestic violence, DV) 庇護所費用
- 犯罪現場清理 (最高 \$2,500)
- 見義勇為行為所導致的財產損失 (最高 \$5,000)
- 搬遷費用 (最高 \$2,500)

我如何要求賠償？

將您完成的 OVS 申請表連同以下文件寄送給我們：

- 警察報告
- 醫療費用帳單
- 與保險公司的往來信件或明載保險公司是否會理賠您損失的福利計劃
- 保險卡
- 基本個人財產的收據
- 死亡證明和喪葬合約書
- 受害者的出生證明
- 年齡證明 (駕照, 出生證明等)
- 法定監護文件

如果我沒有 OVS 要求的文件，怎麼辦？

立即繳交您的申請表。您可以稍後寄送其他文件。

如果我的財產因犯罪事件而損失、損壞或毀壞，怎麼辦？

如果您未滿 18 歲、年滿 60 歲、殘障或受傷，您可以申請福利來修繕或變更未獲其他資源承保的基本個人財產或現金。

*基本財產*指對個人健康和福利而言是必要的物品，例如眼鏡和衣服。

如果我搬家怎麼辦？

立即寄送一封署名信給 OVS。告訴我們您的新地址和電話號碼。如果您變更了電子郵件地址，也請告知我們。

誰可以簽署索賠書？

一般來說，受害者必須簽署索賠書。但是，如果受害者未滿 18 歲或缺乏簽署索賠書的身心行為能力，則法定監護人 (領取福利的人) 必須填寫索賠書的第 2 部分並簽名。

如果受害者死亡，申請福利的人必須填寫索賠書的第 2 部分並簽署索賠書。

還有其他的申請方式嗎？

有。請至網址 ovs.ny.gov 進入加密的受害者服務門戶 (Victim Service Portal, VSP)，並提交線上申請。

我是否必須填寫 HIPAA 的附件表格？

是的。**每個**健康保險提供者都需填寫一份健康保險流通與責任法案 (HIPAA) 表格。您可以影印一張空白表格以備用。

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

法院命令的歸還資訊

什麼是歸還？

歸還是刑事犯罪行為人因刑事犯罪導致受害者遭受損失或傷害，所支付給受害者的賠償。歸還必須由法院在判決時下令，並被視為判決的一部分。

歸還**不是**支付未來損失、精神痛苦或「痛苦和苦難」的損害賠償。

除非司法單位另有規定，當地方檢察官 (District Attorney, DA) 辦公室通知法院您已要求歸還，或緩刑調查報告（判決前、辯護前或處置前的報告）中的受害者影響聲明表明受害者尋求歸還時，法院必須下令執行歸還。當法官沒有下令執行歸還時，法官必須在記錄上清楚陳述他/她的理由。

我可以要求什麼作為歸還？

您可以要求支付與刑事犯罪導致您承擔的任何費用—甚至包括 OVS 可能無法報銷的條目。歸還可能包括但不限於償還醫療費用、諮詢費用、收入損失、喪葬費用、保險免賠額以及更換被盜或損壞的財產的費用。

誰有權要求歸還？

刑事犯罪中所有遭受傷害，經濟損失或毀損的受害者都可以要求歸還。很多時候，有權取得歸還的受害者並不要求歸還。這可能是因為受害者不知道他們有權取得歸還，或者不知道可採取什麼步驟來取得他們應得的歸還。

我如何要求歸還？

您應該聯絡 DA 辦公室，並告知他們您的受傷程度、您的自付費用損失以及您要求的損害賠償金額。

由您負責去提供帳單和其他文件給警方、DA，以及有需要的話，當地的緩刑部門，這些文件能顯示您的受傷程度、您的自付費用損失以及您希望法院考慮的損害賠償金額。您的歸還要求將附在任何緩刑調查報告中（判決前、辯護前或處置前的報告）。務必：

- 保留準確的記錄，例如與刑事犯罪直接相關的任何費用的原始收據。
- 將這些收據的影本交給警方，DA 和當地的緩刑部門。

您需盡快向 DA、受害者/證人的律師和緩刑部門，明確說明您的歸還需求。認罪協議可以在實際的刑事犯罪後的幾天內達成。如果在認罪協議和判決之前未提供此項資訊，您可能需要在民事法庭上追究肇事者。

DA 有義務代表您向法院請求執行歸還。

在所有嚴重的刑事案件中，許多輕微刑事案件以及所有未成年人犯罪和需監管者 (PINS) 的案件中，都需要一份判決前或犯罪傾向的調查報告。當地緩刑部門將與您聯絡跟您案件相關的歸還問題。

如何確定歸還金額？

歸還金額是以與刑事犯罪相關的自付費用損失為計算依據。肇事者有權反對支付歸還金額。法院可能會就歸還問題舉行聽證會，法院也可能會考慮肇事者的支付能力。DA 辦公室可能會與您聯絡，並要求您在歸還聽證會上作證。如果您對親自出庭有顧慮，您應該與分配給您的 DA 一起商討替代方案。

如果 OVS 已經支付了您的帳單，法院可能會下令將已付條目的歸還金額支付給 OVS。務必告知 DA 辦公室，您已向 OVS 提出索賠。

如果您向 OVS 提出索賠，並且法院命令肇事者支付歸還金額，請務必將此事告知 OVS。

詳閱
如何申請賠償內容，
然後再在填寫此表。

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。提出虛假索賠屬於違法行為！

僅限受害者援助計劃使用

OVS VAP ID 號碼	計劃名稱/電話	律師姓名/電子郵件
---------------	---------	-----------

1 告訴我們受害者的個人資料。

姓氏	名字	中間名字縮寫	社會安全號碼 <input type="checkbox"/> 如果沒有，請勾選此處。	出生日期
郵寄地址：				
街	門牌號碼 (或郵政信箱)	城市	郡	州 (或其他國家) 郵遞區號
種族/族裔: <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 亞裔 <input type="checkbox"/> 西班牙人 <input type="checkbox"/> 美屬印地安人/阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 太平洋島民/夏威夷原住民 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 多元種族				
婚姻狀態: <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 鰥寡 <input type="checkbox"/> 與父母同住				
性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 受害者在犯罪事件發生時是否為殘障人士? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚				
您最初是如何知道受害者服務辦公室的?				
<input type="checkbox"/> 警方 <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 地方檢察官 <input type="checkbox"/> 受害者援助計劃 <input type="checkbox"/> 電台/電視台 <input type="checkbox"/> 宣傳單/海報 <input type="checkbox"/> 網際網路 <input type="checkbox"/> 其他				

2 如果您不是受害者，而且是您簽署此索賠申請表，您就是索賠人。告訴我們關於您的個人資料。（請參閱說明頁面上的「誰可以簽署索賠申請表？」。）

姓氏	名字	中間名字縮寫	社會安全號碼 <input type="checkbox"/> 如果沒有，請勾選此處。	出生日期
郵寄地址：				
街	門牌號碼 (或郵政信箱)	城市	郡	州 (或其他國家) 郵遞區號
您與受害者的關係? (只能勾選一項)				
<input type="checkbox"/> 父或母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 合法監護人 <input type="checkbox"/> 律師 <input type="checkbox"/> 其他 (請說明): _____				

3 告訴我們案發當時的情況。(只能勾選一項。)

受害者身亡的原因是:	受害者受傷的原因是:	受害者損失基本個人財產的原因是:
<input type="checkbox"/> 交通事故 (駕駛不慎 (DUI)/酒駕 (DWI)) <input type="checkbox"/> 交通事故 (其他) <input type="checkbox"/> 恐攻事件 <input type="checkbox"/> 縱火 <input type="checkbox"/> 人口販賣 <input type="checkbox"/> 其他凶殺案: _____	<input type="checkbox"/> 襲擊 <input type="checkbox"/> 跟蹤 <input type="checkbox"/> 性侵犯 <input type="checkbox"/> 綁架 <input type="checkbox"/> 兒童身體虐待及疏忽 <input type="checkbox"/> 恐攻事件 <input type="checkbox"/> 兒童性虐待 <input type="checkbox"/> 縱火 <input type="checkbox"/> 交通事故 (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> 搶劫 <input type="checkbox"/> 交通事故 (非 DUI/DWI) <input type="checkbox"/> 人口販賣 <input type="checkbox"/> 兒童色情 <input type="checkbox"/> 其他 (請說明): _____	<input type="checkbox"/> 闖空門 <input type="checkbox"/> 縱火 <input type="checkbox"/> 交通事故 (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> 犯罪型 <input type="checkbox"/> 交通事故 (非 DUI/DWI) <input type="checkbox"/> 惡作劇 <input type="checkbox"/> 人口販賣 <input type="checkbox"/> 欺詐/金融 <input type="checkbox"/> 搶劫 (無受傷) <input type="checkbox"/> 犯罪 <input type="checkbox"/> 其他 (請說明): _____

犯罪的發生地點? (只能勾選一項。)

<input type="checkbox"/> 地鐵/巴士	<input type="checkbox"/> 停車場	<input type="checkbox"/> 餐廳/酒吧	<input type="checkbox"/> 工作地點	<input type="checkbox"/> 學校/校園	<input type="checkbox"/> 自有住宅	<input type="checkbox"/> 購物中心	<input type="checkbox"/> 公寓大樓	<input type="checkbox"/> 公共街道
<input type="checkbox"/> 其他 (請說明): _____								

這是與家庭暴力有關的犯罪嗎? 是 不是 不清楚

這是與霸凌有關的犯罪嗎? 是 不是 不清楚

這是與虐待/忽視老人有關的犯罪嗎? 是 不是 不清楚

這是仇恨犯罪嗎? 是 不是 不清楚

案發時受害者是否駕駛電召車? 是 不是 不清楚

受害者的財產是否是在試圖避免或阻止別人犯罪時
或協助當局阻止犯罪時，而損失或損壞? 是 否

犯罪報告編號: _____ 收到報告的警方或刑事司法機構: _____

犯罪發生的郡: _____ 犯罪日期: _____ 報案日期: _____

如果犯罪日期和報案日期之間超過 7 天，請解釋原因: _____

如果犯罪日期與您申請索賠的日期間隔超過 1 年，請解釋原因: _____

請用您自己的話描述此次犯罪事件: _____

4 告訴我們有關嫌疑犯的資料。 嫌疑犯姓名 (如果您知道的話) : _____

- 嫌疑犯是否因這起犯罪被逮捕過? 是 否
 嫌疑犯是否因這起犯罪被起訴過? 是 否 尚未
 嫌疑犯是否與受害者同住一間屋子內
 或者嫌疑犯是否為受害者的家屬? 是 否
 法院是否針對本案發布了保護令? 是 否 (如果是, 請附上影本。)
 DA 是否會要求法院下歸還令? 是 否 尚未
 法院是否命令嫌疑犯支付歸還金? 是 (金額 \$ _____) 否 尚未

請注意 — 如果您有資格獲得賠償, OVS 可能會補償下列費用。這些需補償的條目也應申請作為法院歸還命令的一部分。如果有刑事案件, 我們鼓勵申請人與檢察官分享這些訊息。有關歸還的重要訊息, 請參閱「法院命令的歸還資訊」頁面。

5 告訴我們在此犯罪事件中, 您支付的相關費用。 (勾選所有適用條目)

- | | | | |
|---|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 醫療/救護車 | <input type="checkbox"/> 撫養費損失 | <input type="checkbox"/> 工資損失 | <input type="checkbox"/> 個人交通 |
| <input type="checkbox"/> 犯罪現場清理 | (僅限死亡理賠) | <input type="checkbox"/> 家暴庇護所 | <input type="checkbox"/> 醫療/諮詢 |
| <input type="checkbox"/> 保全設備/系統 | <input type="checkbox"/> 職能/復健 | <input type="checkbox"/> 搬遷/儲壇 | <input type="checkbox"/> 法庭 |
| <input type="checkbox"/> 諮詢 | <input type="checkbox"/> 喪葬 | <input type="checkbox"/> 基本個人財產 | |
| <input type="checkbox"/> 其他 (請說明) : _____ | | | |

6 列出因此犯罪事件而需要更換的任何基本個人財產, 例如現金、眼鏡或衣服。 (如果沒有, 請跳到第 7 項。)

描述遺失/損壞的物品:	價值	描述遺失/損壞的物品:	價值
1. _____	\$ _____	4. _____	\$ _____
2. _____	\$ _____	5. _____	\$ _____
3. _____	\$ _____	6. _____	\$ _____

房主/房客的保險公司	保單或 ID 號碼	自付額 \$ _____
車輛/其他物品的保險公司	保單或 ID 號碼	自付額 \$ _____

— 如果您沒有受傷, 並且您只是要求基本的個人財產補償, 請跳至第 15 項。 —

7 告訴我們受害者的或其父母的工資損失和保險損失。

如果您不希望我們聯絡您的雇主, 您不能要求補償您的工資損失。 (跳到第 8 項。)

- 犯罪事件發生時, 受害者/住院的未成年受害者的父母是否是受僱狀態? 是 否 (如果否, 請跳到第 8 項。)
 受害者/住院的未成年受害者的父母是否因此犯罪事件而錯失工作機會? 是 否
 受害者/父母是否為自僱人士? 是 否 (如果是, 請附上去年聯邦納稅申報表和所有時間表的影本。)

雇主的姓名、地址和電話號碼:

_____ ()
 雇主 街 城市 州 郵遞區號 電話號碼

其他雇主的姓名、地址和電話號碼:

_____ ()
 雇主 街 城市 州 郵遞區號 電話號碼

證明受害者無法上班的醫生姓名、地址和電話號碼:

_____ ()
 醫生 街 城市 州 郵遞區號 電話號碼

告訴我們可為受害者的損失工時提供保險的保險公司。 (如果沒有, 請在下面寫上「無」並跳至第 8 項。)

保單或 ID 號碼或「無」		保單或 ID 號碼或「無」	
1. 失業保險		5. 職工賠償	
2. 殘障保險		6. 其他保險	
3. 退休金方案		7. 社會保障福利 (需填 SSN)	SSN _____-_____-_____-
4. 其他保險		8. 社安金 (需填 SSN)	SSN _____-_____-_____-

8 如果受害者死亡, 且有任何喪葬費用, 請填寫以下資訊。 (如果沒有, 請跳到第 9 項。)

此外, 請附上殯儀館合約書、其他喪葬費用帳單以及死亡證明的影本 (如果有的話)。

殯儀館名稱: _____ 電話號碼: () _____

地址: _____
 街 城市 州 郵遞區號

9 如果受害者因此犯罪事件受傷或死亡，請填寫以下資訊。

簡述受害者的受傷情況： _____

受害者有沒有接受任何治療？ 有 沒有（如果沒有，跳到第 10 項。）

告訴我們為受害者治療與犯罪相關的傷害的醫療專業人員：

	全名	完整地址	電話號碼
第一間醫院	_____	_____	(____) _____
其他醫院	_____	_____	(____) _____
第一位醫生 (不在醫院)	_____	_____	(____) _____
其他醫生	_____	_____	(____) _____
第一位牙醫	_____	_____	_____
受害者的諮商師	_____	_____	(____) _____

10 告訴我們受害者的被撫養家屬或依賴受害者撫養的其他人。（如果沒有，請跳到第 11 項。）

被扶養者	姓名	社會安全號碼 - - -	出生日期	與受害者的關係
	地址			您是否為法定監護人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
其他被撫養者	姓名	社會安全號碼 - - -	出生日期	與受害者的關係
	地址			您是否為法定監護人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
其他被撫養者	姓名	社會安全號碼 - - -	出生日期	與受害者的關係
	地址			您是否為法定監護人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

如果超過 3 名被撫養者，請附上另一張表格並在此處打勾：

11 除了受害者之外，是否還有其他人因為這起犯罪而接受過諮詢？（如果沒有，請跳到第 12 項。）

接受諮詢的是誰？	與受害者的關係	支付諮詢費用的保險公司	保單或 ID 號碼
諮商師的姓名、地址和電話號碼：			
接受諮詢的還有誰？	與受害者的關係	支付諮詢費用的保險公司	保單或 ID 號碼
諮商師的姓名、地址和電話號碼：			

如果超過 2 人因此犯罪事件接受諮詢，請在此處打勾並附上單獨的表格來描述諮詢情形。

12 列出承保受害者或受害者家屬的任何保險。如果沒有保險，在下面寫「無」。

如果您已申請但尚未開始受保，請保單或 ID 號碼下寫上「尚未生效」。

	保單或 ID 號碼	受保人姓名：
主要保險公司		
主要醫療保險公司		
其他保險（工會、牙科、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，請告訴我們受害者所有的人壽保險和死亡撫卹金。

(如果受害者沒有死亡或者受害者沒有任何人壽保險或死亡撫卹金，請跳至第 14 項。)

公司名稱	地址	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	_____	() _____	_____

如果有任何其他保險或死亡撫卹金，請列在此處：_____

這些保單是否承保受害者的喪葬費用？ 是 否

是否有人申請過社會安全死亡撫卹金？ 是 否

14 請告訴我們您的財務狀況。您務必填寫以下所有項目。如果沒有，請填寫零 (0)。

您有多少被撫養人？_____

您的年收入總額是多少（來自所有來源）？如果您不確定，請估計：\$ _____

在下面列出您的所有資產和所有債務。如果您不確定，請估計。必要的話，請附加其他頁面。

您的資產 – 如果沒有，請填寫零 (0)。		您的債務 – 您現在欠多少錢？	
儲蓄、股票、債券	\$ _____	抵押品	如果沒有，請填寫零 (0)。 \$ _____
不動產（房屋等）	\$ _____	貸款	\$ _____
人壽保險收益	\$ _____		

15 有無私人律師（非地方檢察官）代表您？ 有 沒有

如果有：

_____ () _____
律師姓名 地址 電話號碼

16 授權與代表溝通：

如果您想要允許家人、朋友或其他人就您的索賠與 OVS 溝通，請在此處填寫。

_____ () _____
姓名 地址 電話號碼

17 受害者/索賠人的授權聲明：

本人了解，接受受害者服務處 (OVS) 的裁決將會產生留置權，該留置權有利於紐約州對受到索賠的犯罪進行追償，包括所有判決、和解或歸還令。本人進一步授權任何葬禮承辦人、律師、雇主、警察或其他公共機構，保險公司或任何為上述人員提供服務或了解這些情況的人，向 OVS 或其代表提供以下資訊：勞工賠償記錄、犯罪相關資訊或因犯罪而造成的任何傷害或死亡的相關資訊，以及與此索賠有關的資訊。如果作出裁決，本人授權 OVS 直接向服務提供者支付費用。本人也授權 OVS 與當地的受害者援助計劃 (VAP) 分享本人為此項索賠彙集的資訊和記錄，以便 VAP 協助 OVS 處理本人的索賠並做出裁決。如果本人在上面第 15 項指定私人律師為代表，本人也授權 OVS 與律師分享本人為此索賠彙集的資訊和記錄，以便他/她擔任本人的代表。本人明白，除此項授權外，本人的律師還需要一份額外的出庭通知。如果本人在上面第 16 項指定一名家人、朋友或其他人為代表，本人授權 OVS 與此人分享本人為此索賠彙集的資訊和記錄，以便他們協助本人處理此項索賠。

本授權書的影印本與原件一樣有效。

_____ () _____
索賠人簽名 日期 日間聯絡電話
電子郵件：_____ 您喜歡使用的語言： 英語 西班牙語 簡體中文
 繁體中文 海地克里奧爾語 義大利語 韓語
口譯需求： 是 否 俄語 其他 _____

請將以下文件郵寄給我們，以便我們處理您的索賠。（請保留一份影本作為個人記錄。）

- 此表格中列出的所有服務帳單和收據
- 您填寫完成並簽名的索賠表
- 此表所列的每個服務提供者的完整 HIPAA 表格（您可以影印 HIPAA 表格。）
- 任何保險公司拒絕或授權對此表所列服務付款的信函。

請記住：在 OVS 支付之前，您必須向您的保險公司或福利計劃開具帳單。

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



根據 HIPAA 授權發布健康資訊
[此表格已獲紐約州衛生部批准]

患者姓名	出生日期	社會安全號碼 XXX-XX-__
患者地址		

本人或本人的授權代表，要求有關本人的護理和治療的健康資訊能按照此表的規定公佈：

根據紐約州法律和《1996 年健康保險流通與責任法案》(HIPAA) 的隱私規定，本人了解：

- 本人只能授權披露第 9(a) 項中簽有本人名字縮寫的項目，這些項目有關**酒精、藥物濫用、精神健康治療**（心理治療記錄除外）和**機密的 HIV*** 資訊。如果下述健康資訊包括任何此類資訊，並且本人在項目 9(a) 方框中簽署本人的名字縮寫，本人便特此授權向項目 8 中所述人士公佈此類資訊。
- 如果本人授權發布 HIV 資訊、酒精或藥物濫用治療的資訊，以及精神健康治療的資訊，此類資訊的接收者不得在未經本人授權下，再次披露此類資訊，除非聯邦或州法律允許其披露。本人了解本人有權索取一份人員名單，這些人員可能在未經授權的情況下獲得或使用本人的 HIV 資訊。在發布或披露 HIV 資訊之後，如果本人受到相關歧視，本人可以聯絡紐約州人權局，電話號碼為 (212) 480- 2493 或者紐約市人權委員會，電話號碼為 (212) 306-7450。這些機構負責保護本人的權利。
- 本人有權隨時寫信給下面列出的醫療保健提供者來撤銷此項授權。本人了解本人可以撤銷此項授權，除非當局已根據此項授權採取行動。
- 本人了解本人可以自主決定是否簽署此項授權。本人的治療、費用支付、加入健康計劃或獲得福利的資格，不會因本人對披露資訊的授權而有所影響。
- 此項授權所披露的資訊可能會被接收者再次披露（上述第 2 項除外），而這種再次披露行為可能不再受聯邦或州法律的保護。
- 本項授權並未授權您與第 9 (b) 項中指定的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護理。**

7. 發布此項資訊的醫療保健提供者或實體機構的名稱和地址：

8. 接收此項資訊的人員的姓名及地址或人員類別：

NYS OFFICE OF VICTIM SERVICES – AE SMITH BLDG., 80 S. SWAN ST., ALBANY, NY 12210-8002

9(a). 擬發布的具體資訊：

- 從（填入日期）_____ 到（填入日期）_____ 的病歷_____
- 完整的病歷，包括患者病史、診所記錄（心理治療記錄除外）、檢查結果、放射學研究、影片、轉診、諮詢、帳單記錄、保險記錄以及其他醫療保健提供者發送給您的記錄。
- 其他：_____ 包括：（以簽署名字縮寫表示同意披露）

_____ 酒精/藥物治療

_____ 精神健康資訊

_____ HIV 資訊

討論健康資訊的授權

(b) 本人在此以縮寫簽名_____ 授權_____

縮寫簽名

個人醫療保健提供者的姓名

與本人的律師或政府機構討論本人的健康資訊，政府機構列名於此：

紐約州受害者服務辦公室

（律師/公司名稱或政府機構名稱）

10. 資訊發布的原因：

應個人要求，為符合獲取受害者服務辦公室的福利的資格。

11. 授權失效的日期或事件：

該授權將在個人獲得受害者服務辦公室福利的資格終止後失效。

12. 如果不是患者，簽署表格者的姓名：

13. 代表患者簽字的有關當局：

本人已完整填寫此份表格，此份表格已解答本人的問題。此外，本人還取得了一份表格影本。

日期：_____

患者或法律授權代表的簽名。

* 導致 AIDS 的人類免疫缺乏病毒。如果某人被合理診斷出符合 HIV 症狀或感染現象，紐約州公共衛生法會保護相關資訊，以及此人的接觸對象的相關資訊。