



# Wniosek dotyczący roszczenia i instrukcje

## Jak ubiegać się o rekompensatę

### Kto może się ubiegać o rekompensatę?

Niewinne ofiary przestępstw, niektórzy krewni, osoby pozostające na utrzymaniu, opiekunowie prawni i kwalifikujący się przedstawiciele Good Samaritans mogą zwrócić się do Office of Victim Services (OVS) o zwrot kosztów bieżących, które nie są objęte ubezpieczeniem ani innymi zasobami.

### Za jakie wydatki mogą otrzymać rekompensatę?

OVS zapewnia rekompensaty związane z obrażeniami ciała, śmiercią i utratą niezbędnego mienia osobistego.

Do wydatków, jakie może pokryć OVS, należą:

- Wydatki na leczenie, leki i artykuły medyczne oraz pomoc psychologa
- Utrata niezbędnego mienia osobistego (*do 500 USD, w tym 100 USD w gotówce*)
- Koszty pochówku lub pogrzebu (*do 6000 USD*)
- *Utracone wynagrodzenie lub utracona pomoc finansowa (do 30 000 USD) (do tego świadczenia mogą się kwalifikować rodzice lub opiekunowie hospitalizowanych małoletnich dzieci)*
- Transport (do sądu / medyczny)
- Rehabilitacja zawodowa
- Koszty urządzeń ochrony i schroniska dla ofiar przemocy domowej
- Sprzątanie miejsca przestępstwa (*do 2500 USD*)
- Straty majątkowe Good Samaritan (*do 5000 USD*)
- Koszty przeprowadzki (*do 2500 USD*)

### W jaki sposób można się ubiegać o rekompensatę?

Prześlij nam wypełniony wniosek OVS wraz z kopiami niżej wymienionych dokumentów:

- Raporty policyjne
- Rachunki za opiekę medyczną
- Korespondencja z towarzystwami ubezpieczeniowymi lub planem świadczeń ze wskazaniem, czy pokryją one Twoją stratę
- Polisy ubezpieczeniowe
- Rachunki za niezbędne mienie osobiste
- Akt zgonu i umowa z zakładem pogrzebowym
- Akt urodzenia ofiary
- Potwierdzenie wieku (prawo jazdy, akt urodzenia itd.)
- Dokumenty potwierdzające opiekę prawną

### Co należy zrobić, jeśli nie mam niektórych dokumentów, których potrzebuje OVS?

Wyślij swój wniosek od razu. Pozostałe dokumenty możesz wysłać później.

### Co się stanie, jeśli moje mienie zostanie utracone, uszkodzone lub zniszczone w wyniku przestępstwa?

Jeśli masz mniej niż 18 lat bądź 60 lat lub więcej, jesteś osobą z niepełnosprawnością lub doznałeś(-aś) obrażeń, możesz się ubiegać o świadczenia w celu wymiany *niezbędnego* mienia osobistego na nowe lub odzyskania gotówki, jeżeli nie obejmują tego żadne inne zasoby.

Pojęcie „*niezbędne*” oznacza środki niezbędne dla Twojego zdrowia i dobrostanu, takie jak okulary czy odzież.

### Co się stanie, jeśli się przeprowadzę?

Jak najszybciej wyślij do OVS pismo opatrzone Twoim podpisem. Podaj nam swój nowy adres i numer telefonu. Poinformuj nas również, jeśli zmieni się Twój adres e-mail.

### Kto może podpisać wniosek?

Zasadniczo wniosek musi podpisać ofiara. Niemniej jeśli ofiara ma mniej niż 18 lat bądź jest fizycznie lub psychicznie niezdolna do złożenia podpisu, to jej opiekun prawny (osoba otrzymująca świadczenia) musi wypełnić część 2 wniosku i podpisać go.

Jeśli ofiara zmarła, osoba ubiegająca się o świadczenia musi wypełnić część 2 wniosku i podpisać go.

### Czy można złożyć wniosek w inny sposób?

Tak. Odwiedź stronę [ovs.ny.gov](https://ovs.ny.gov), aby uzyskać dostęp do bezpiecznego portalu Victim Service Portal (VSP) i złożyć wniosek online.

### Czy muszę wypełnić załączony formularz HIPAA?

Tak. Wypełnij jeden formularz HIPAA dla **każdego** świadczeniodawcy. Możesz skopiować pusty formularz, aby uzyskać dodatkowe kopie.

80 S. Swan Street  
Albany, NY 12210-8002  
(518) 457-8727

[ovs.ny.gov](https://ovs.ny.gov)

55 Hanson Place  
Brooklyn, NY 11217-1523  
(718) 923-4325

800-247-8035

## Informacja o restytucji orzeczonej przez sąd

### **Czym jest restytucja?**

Restytucja to odszkodowanie wypłacone ofierze przez sprawcę przestępstwa z tytułu strat lub obrażeń poniesionych w wyniku przestępstwa. Musi ona zostać orzeczona przez sąd w momencie wydawania wyroku i jest uważana za część kary.

Restytucja **NIE** oznacza wypłaty odszkodowania za przyszłe straty, cierpienia psychiczne lub „ból i cierpienie”.

Kiedy biuro prokuratora okręgowego poinformuje sąd, że zażądałeś(-aś) restytucji, lub gdy oświadczenie o wpływie na ofiarę zawarte w raporcie z dochodzenia w sprawie nadzoru sądowego (przed wyrokiem, przed mową obrońcy lub przed wstępną dyspozycją) wskazuje, że ofiara domaga się restytucji, sąd musi zarządzić restytucję, chyba że interes wymiaru sprawiedliwości nakazuje inaczej. Jeżeli sędzia nie zarządzi restytucji, musi jasno przedstawić swoje uzasadnienie w protokole.

### **Czego mogę żądać w ramach restytucji?**

Możesz zażądać zwrotu kosztów poniesionych w wyniku popełnienia przestępstwa – dotyczy to także przedmiotów, których OVS może nie być w stanie zrekompensować. Restytucja może obejmować m.in. zwrot kosztów leczenia, kosztów pomocy psychologicznej, utraty zarobków, kosztów pogrzebu, kosztów ubezpieczenia oraz zastąpienia skradzionego lub uszkodzonego mienia.

### **Kto jest uprawniony do restytucji?**

O restytucję może ubiegać się każdy, kto padł ofiarą przestępstwa i doznał obrażeń, strat ekonomicznych lub szkód. Często ofiary, które mogłyby uzyskać restytucję, nie wnioskujeją o jej otrzymanie. Może się tak zdarzyć, ponieważ ofiary nie są świadome, że mają prawo do restytucji lub nie wiedzą, jakie działania należy podjąć, aby otrzymać przysługującą im restytucję.

### **W jaki sposób należy żądać restytucji?**

Należy się skontaktować z biurem prokuratora okręgowego i poinformować go o zakresie obrażeń, stratach poniesionych z własnej kieszeni i kwocie odszkodowania, o jaką się ubiegasz.

**Ponosisz odpowiedzialność** za przekazanie policji, prokuratorowi okręgowemu oraz, na żądanie, lokalnemu wydziałowi ds. nadzoru sądowego kopii rachunków i innych dokumentów wykazujących zakres poniesionych przez Ciebie obrażeń, strat z własnej kieszeni oraz kwotę odszkodowania, którą ma rozpatrzyć sąd. Twoje roszczenie o restytucję zostanie uwzględnione w każdym raporcie z dochodzenia w sprawie nadzoru sądowego (przed wyrokiem, przed mową obrońcy lub przed wstępną dyspozycją). Pamiętaj, aby:

- Przechowywać dokładne dokumenty, takie jak oryginalne pokwitowania wszelkich wydatków poniesionych bezpośrednio w wyniku popełnienia przestępstwa.
- Przekazać kopie tych pokwitowań policji, prokuratorowi i lokalnemu wydziałowi ds. nadzoru sądowego.

Musisz jak najszybciej jednoznacznie wyjaśnić potrzebę uzyskania restytucji prokuratorowi okręgowemu, adwokatowi ofiary/świadka oraz wydziałowi ds. nadzoru sądowego. Uzgodnienia dotyczące zarzutów mogą nastąpić w ciągu kilku dni od popełnienia przestępstwa. Jeżeli informacje te nie zostaną przekazane przed zawarciem ugody i wydaniem wyroku, być może konieczne będzie pozwanie sprawcy w sądzie cywilnym.

Prokurator okręgowy ma obowiązek zwrócić się do sądu o orzeczenie restytucji w Twoim imieniu.

We wszystkich sprawach karnych o przestępstwa, wielu sprawach karnych o wykroczenia i wszystkich sprawach dotyczących przestępstw na nieletnich i osobach wymagających nadzoru (ang. persons in need of supervision, PINS) wymagany jest raport przed wyrokiem lub raport z dochodzenia przed wstępną decyzją. Miejscowy wydział ds. nadzoru sądowego skontaktuje się z Tobą w sprawie restytucji, która dotyczy Twojego przypadku.

### **W jaki sposób ustalana jest restytucja?**

Kwota restytucji zostaje ustalona na podstawie dowodów na straty poniesione z własnej kieszeni w wyniku popełnienia przestępstwa. Sprawca ma prawo sprzeciwić się kwocie restytucji. Sąd może przeprowadzić przesłuchanie w sprawie restytucji, podczas którego może rozważyć zdolność sprawcy do zapłaty. Biuro prokuratora okręgowego może się z Tobą skontaktować i poprosić o złożenie zeznań podczas przesłuchania w sprawie restytucji. W razie obaw co do osobistego stawiennictwa w sądzie należy poszukać alternatywnego rozwiązania z prokuratorem przydzielonym do Twojej sprawy.

Jeśli OVS pokryło Twoje rachunki, sąd może orzec zapłatę restytucji na rzecz OVS. Ważne jest, aby poinformować prokuraturę okręgową o złożeniu wniosku w OVS.

Jeśli złożyłeś(-aś) wniosek do OVS, ważne jest poinformowanie OVS, jeśli sąd nakaże sprawcy zapłacenie restytucji.

Przed wypełnieniem  
tego formularza  
przeczytaj punkt *Jak  
ubiegać się o  
rekompensatę.*

## Wniosek o rekompensatę New York State Office of Victim Services



**Prosimy pisać drukowanymi literami. Należy odpowiedzieć na  
wszystkie pytania. Podawanie fałszywych informacji we wniosku  
jest przestępstwem.**

### Tylko na potrzeby programu pomocy dla ofiar

Nr ID OVS VAP	Nazwa programu / nr tel.	Imię i nazwisko / adres e-mail adwokata
---------------	--------------------------	---

#### 1. Prosimy o przekazanie nam informacji o ofierze.

Nazwisko	Imię:	Inicjał drugiego imienia (MI)	Nr ubezpieczenia społecznego <input type="checkbox"/> Zaznacz, jeśli nie masz	Data urodzenia	
Adres do korespondencji:					
Ulica	Nr mieszkania (lub skrytka pocztowa)	Miejscowość:	Okręg:	Stan (lub inny kraj)	Kod pocztowy

#### Rasa / przynależność etniczna:

biała czarna latynoskie rdzenny Amerykanin / rdzenny mieszkaniec Alaski hinduskie chińskie japońskie filipińskie koreańskie  
wietnamskie bangladeskie pakistańskie guamskie Czamorro samońskie rdzenny mieszkaniec Hawajów inne wielorasowe

**Stan cywilny:** Kawaler/panna Żonaty/zamężna Rozwiedziony(-a) W separacji Wdowiec/wdowa Mieszka z partnerem(-ką)

**Płeć:** Mężczyzna Kobieta X  
Wolę nie odpowiadać

**Czy w momencie przestępstwa ofiara była osobą z niepełnosprawnością?**  
Tak Nie Nie wiem

#### Skąd dowiedziałeś(-aś) się o Office of Victim Services?

Policja Szpital Prokuratura Program pomocy dla ofiar Radio/telewizja Ulotka/plakat Internet Inne

#### 2. Jeśli *nie* jesteś ofiarą i podpisujesz ten wniosek, jesteś wnioskodawcą. Prosimy o przekazanie nam informacji o sobie. (patrz strona z instrukcją „Kto może podpisać wniosek?”).

Nazwisko	Imię	Inicjał drugiego imienia (MI)	Nr ubezpieczenia społecznego <input type="checkbox"/> Zaznacz, jeśli nie masz	Data urodzenia	
Adres do korespondencji:					
Ulica	Nr mieszkania (lub skrytka pocztowa)	Miejscowość	Okręg	Stan (lub inny kraj)	Kod pocztowy

Jaki jest Twój związek z ofiarą? (Należy zaznaczyć **tylko** jedną opcję)

Rodzic Żona/mąż Dziecko Opiekun prawny Adwokat Inne (prosimy opisać) \_\_\_\_\_

#### 3. Prosimy o przekazanie nam informacji o przestępstwie. (Należy zaznaczyć **tylko** jedną opcję)

##### Przyczyna śmierci ofiary:

Wypadek samochodowy (prowadzenie w stanie nietrzeźwości / pod wpływem środka odurzającego)  
Wypadek samochodowy (inny)  
Atak terrorystyczny  
Podpalenie  
Handel ludźmi  
Inny rodzaj zabójstwa

##### Przyczyna obrażeń ofiary:

Napaść Uporczywe nękanie (stalking)  
Napaść na tle seksualnym Porwanie  
Przemoc fizyczna / zaniechanie dziecka Atak terrorystyczny  
Molestowanie seksualne dziecka Podpalenie  
Wypadek samochodowy (prowadzenie w stanie nietrzeźwości / pod wpływem środka odurzającego) Napad rabunkowy  
Wypadek samochodowy (inny niż prowadzenie w stanie nietrzeźwości / pod wpływem środka odurzającego) Handel ludźmi  
Pornografia dziecięca  
Inne (prosimy wskazać jakie): \_\_\_\_\_

##### Przyczyna utraty mienia osobistego przez ofiarę:

Włamanie Podpalenie  
Wypadek samochodowy (prowadzenie w stanie nietrzeźwości / pod wpływem środka odurzającego)  
Celowe uszkodzenie mienia  
Wypadek samochodowy (inny niż prowadzenie w stanie nietrzeźwości / pod wpływem środka odurzającego)  
Handel ludźmi Oszustwo / Przesłupstwo finansowe  
Napad rabunkowy (bez obrażeń)  
Inne (prosimy wskazać jakie): \_\_\_\_\_

Miejsce przestępstwa (Należy zaznaczyć **tylko** jedną opcję) Praca Własny dom Budynek mieszkalny Publiczna ulica

Metro/autobus Parking Restauracja/bar Szkoła / teren szkoły Centrum handlowe Inne (prosimy podać jakie): \_\_\_\_\_

Czy było to przestępstwo związane z przemocą domową?..... Tak Nie Nie wiem  
Czy było to przestępstwo związane z zastraszaniem?..... Tak Nie Nie wiem  
Czy było to przestępstwo związane ze znęcaniem się nad osobami starszymi / zaniechaniem osób starszych?..... Tak Nie Nie wiem  
Czy było to przestępstwo z nienawiści?..... Tak Nie Nie wiem  
Czy w chwili przestępstwa ofiara prowadziła taksówkę?..... Tak Nie Nie wiem  
Czy do utraty lub uszkodzenia mienia ofiary doszło, gdy ofiara próbowała powstrzymać przestępstwo przeciwko innej osobie lub mu zapobiec bądź gdy pomagała w tym władzom? ..... Tak Nie

Nr zgłoszenia  
przestępstwa: \_\_\_\_\_

Oddział policji lub organ wymiaru sprawiedliwości  
otrzymujący zgłoszenie: \_\_\_\_\_

Okręg, w którym doszło do przestępstwa: \_\_\_\_\_ Data przestępstwa: \_\_\_\_\_ Data zgłoszenia przestępstwa: \_\_\_\_\_

Jeżeli między datą popełnienia przestępstwa a datą jego zgłoszenia upłynęło więcej niż 7 dni, należy wskazać przyczynę: \_\_\_\_\_

Jeśli od daty popełnienia przestępstwa do daty złożenia niniejszego wniosku upłynęło więcej niż 1 rok, należy wskazać przyczynę: \_\_\_\_\_

Opisz przestępstwo własnymi słowami: \_\_\_\_\_

**4. Prosimy o przekazanie nam informacji o podejrzanym.** Imię/nazwisko podejrzanego (jeśli znasz): \_\_\_\_\_

- Czy podejrzany został aresztowany za to przestępstwo?  Tak  Nie
- Czy podejrzany został pociągnięty do odpowiedzialności za to przestępstwo?  Tak  Nie  Jeszcze nie
- Czy podejrzany mieszka w tym samym domu co ofiara LUB czy podejrzany jest członkiem rodziny ofiary?  Tak  Nie
- Czy sąd wydał w tej sprawie nakaz ochrony?  Tak  Nie (Jeśli tak, należy załączyć kopię)
- Czy prokuratura zwróciła się do sądu o orzeczenie restytucji?  Tak  Nie  Jeszcze nie
- Czy sąd nakazał podejrzanemu zapłacenie restytucji?  Tak (kwota w USD \_\_\_\_\_)  Nie  Jeszcze nie

**UWAGA** – jeśli kwalifikujesz się do rekompensaty, OVS może być w stanie zwrócić wymienione poniżej koszty. O te elementy należy się również ubiegać w ramach sądownie orzeczonej restytucji. Zachęcamy wnioskodawców do udostępniania tych informacji prokuratorom, jeśli toczy się sprawa karna. Patrz strona „Informacja o restytucji orzeczonej przez sąd”, aby uzyskać ważne informacje na temat restytucji.

**5. Opowiedz nam o wydatkach poniesionych w związku z tym przestępstwem. (Należy zaznaczyć wszystkie pasujące opcje).**

- Wydatki medyczne / karetka  Utrata pomocy finansowej (tylko wnioski dot. zgonu)  Utracone wynagrodzenie  Transport prywatny
- Sprzątanie miejsca przestępstwa  Rehabilitacja zawodowa  Schronisko dla ofiar przemocy domowej  Wydatki medyczne / pomoc psychologiczna
- Urządzenie / system ochrony  Pogrzeb/pochówek  Przeprowadzka/magazynowanie  Koszty sądowe
- Pomoc psychologiczna  Niezbędne mienie osobiste  Utrata oszczędności
- Inne (prosimy wskazać jakie): \_\_\_\_\_

**6. Należy wypisać wszystkie niezbędne rzeczy osobiste, takie jak gotówka, okulary lub odzież, które wymagają wymiany z powodu tego przestępstwa. (Jeśli nie ma, przejdź do punktu 7).**

Opisz, co zostało utracone/uszkodzone:	Koszt	Opisz, co zostało utracone/uszkodzone:	Koszt
1.	USD	4.	USD
2.	USD	5.	USD
3.	USD	6.	USD

Firma ubezpieczeniowa właściciela domu / najemcy	Nr polisy lub nr ID	Udział własny USD
Firma ubezpieczeniowa samochodu / innych rzeczy	Nr polisy lub nr ID	Udział własny USD

– Jeśli nie było obrażeń ciała i wnosisz wyłącznie o świadczenie dotyczące niezbędnego mienia osobistego, przejdź do punktu 15. –

**7. Prosimy o przekazanie nam informacji o zatrudnieniu ofiary lub rodziców oraz ubezpieczeniu z tytułu utraconych zarobków. Jeśli nie chcesz, abyśmy skontaktowali się z Twoim pracodawcą, nie możesz wnosić o rekompensatę z tytułu utraconych zarobków (przejdź do punktu 8).**

- Czy ofiara / rodzic hospitalizowanej ofiary nieletniej był(a) zatrudniony(-a) w momencie popełnienia przestępstwa?  Tak  Nie (Jeśli nie, przejdź do punktu 8)
- Czy ofiara / rodzic hospitalizowanej ofiary nieletniej opuścił(a) pracę z powodu przestępstwa?  Tak  Nie
- Czy ofiara/rodzic był(a) samozatrudniony(-a)?  Tak  Nie (Jeśli tak, należy załączyć kopie ubiegłorocznego zeznania podatkowego, w tym wszystkich załączników).

Nazwa, adres i numer telefonu pracodawcy:

Pracodawca \_\_\_\_\_ Ulica \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Stan \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Nazwa, adres i numer telefonu innego pracodawcy:

Pracodawca \_\_\_\_\_ Ulica \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Stan \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko, adres i numer telefonu lekarza, który zaświadczył, że ofiara nie mogła udać się do pracy:

\_\_\_\_\_  
Lekarz                                      Ulica                                      Miejscowość                                      Stan                                      Kod pocztowy                                      Telefon

Prosimy o podanie informacji o towarzystwie ubezpieczeniowym, które pokryje koszty za utracony czas pracy ofiary. (Jeśli nie ma, wpisz „Brak” poniżej i przejdź do punktu 8).

Nr polisy, nr ID lub „brak”		Nr polisy, nr ID lub „brak”	
1. Ubezpieczenie od bezrobocia		5. Odszkodowanie pracownicze	
2. Ubezpieczenie z tytułu niepełnosprawności		6. Inne ubezpieczenie	
3. Plan emerytalny		7. Świadczenia z pomocy społecznej (wymagany jest SSN)	Nr ubezpieczenia społecznego (SSN) _____-_____-_____
4. Inne ubezpieczenie		8. Zpomoga uzupełniająca (wymagany jest SSN)	Nr ubezpieczenia społecznego (SSN) _____-_____-_____

**8. Jeśli ofiara zmarła, należy wypełnić dane poniżej, jeśli poniesiono jakiegokolwiek koszty pochówku. (Jeśli nie, przejdź do punktu 9).** Należy również dołączyć kopię umowy z domem pogrzebowym, inne rachunki za koszty pochówku oraz kserokopię aktu zgonu, jeśli je posiadasz.

Nazwa domu pogrzebowego: \_\_\_\_\_ Telefon: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_  
Ulica                                      Miejscowość                                      Stan                                      Kod pocztowy

**9. Jeśli ofiara została ranna lub zmarła w wyniku tego przestępstwa, należy wypełnić dane poniżej:**

Opisz (krótko) obrażenia ofiary: \_\_\_\_\_

Czy ofiara otrzymała jakąkolwiek opiekę medyczną?  Tak     Nie (Jeśli **Nie**, przejdź do punktu 10)

Prosimy o podanie informacji na temat personelu medycznego, który leczył ofiarę z powodu obrażeń związanych z tym przestępstwem:

	Imię i nazwisko	Pełny adres	Numer telefonu
Pierwszy szpital	_____	_____	(_____) _____
Inny szpital	_____	_____	(_____) _____
Pierwszy lekarz (nie w szpitalu)	_____	_____	(_____) _____
Inny lekarz	_____	_____	(_____) _____
Pierwszy stomatolog	_____	_____	(_____) _____
Psycholog ofiary	_____	_____	(_____) _____

**10. Prosimy o przekazanie nam informacji o osobach pozostających na utrzymaniu ofiary lub o innych osobach polegających na wsparciu finansowym ofiary. (Jeśli nie ma, przejdź do punktu 11)**

Osoba pozostająca na utrzymaniu	Imię i nazwisko	Nr ubezpieczenia społecznego _____-_____-_____	Data urodzenia	Pokrewieństwo z ofiarą
	Adres			Czy jesteś opiekunem prawnym? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Inna osoba pozostająca na utrzymaniu	Imię i nazwisko	Nr ubezpieczenia społecznego _____-_____-_____	Data urodzenia	Pokrewieństwo z ofiarą
	Adres			Czy jesteś opiekunem prawnym? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Inna osoba pozostająca na utrzymaniu	Imię i nazwisko	Nr ubezpieczenia społecznego _____-_____-_____	Data urodzenia	Pokrewieństwo z ofiarą
	Adres			Czy jesteś opiekunem prawnym? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Jeśli na utrzymaniu są więcej niż 3 osoby, dołącz oddzielny arkusz i zaznacz tutaj:

**11. Czy jakkolwiek inna osoba poza ofiarą korzystała z pomocy psychologa w związku z tym przestępstwem? (Jeśli nie, przejdź do punktu 12).**

Kto korzystał z pomocy psychologa?	Pokrewieństwo z ofiarą	Firma ubezpieczeniowa obciążona za pomoc psychologiczną	Nr polisy lub nr ID
Imię i nazwisko, adres i numer telefonu psychologa:			
Kto jeszcze korzystał z pomocy psychologa?	Pokrewieństwo z ofiarą	Firma ubezpieczeniowa obciążona za pomoc psychologiczną	Nr polisy lub nr ID
Imię i nazwisko, adres i numer telefonu psychologa:			

Jeśli w związku z tym przestępstwem z pomocy psychologa korzystały więcej niż 2 osoby, zaznacz tutaj i dołącz oddzielny arkusz z opisem

**12. Należy wypisać ubezpieczenia obejmujące ofiarę lub osoby pozostające na jej utrzymaniu. W przypadku braku ubezpieczenia wpisz „Brak” poniżej.**

Jeśli złożyłeś(-aś) wniosek, ale nie został on jeszcze rozpatrzony, wpisz „Oczekujący” w polu nr polisy lub nr ID.

	Nr polisy lub nr ID	Imiona i nazwiska osób objętych tym ubezpieczeniem:
Główne towarzystwo ubezpieczeniowe		
Główne towarzystwo ubezpieczeń medycznych		
Inne ubezpieczenie (Union, Dental, Vision itd.)		
Medicare		
Medicaid		
Odszkodowanie pracownicze		
Ubezpieczenie samochodowe		
Inne ubezpieczenie		

**13. Jeśli ofiara zmarła, prosimy o przekazanie informacji o wszelkich ubezpieczeniach na życie lub świadczeniach z tytułu śmierci. (Jeśli ofiara nie zmarła lub nie posiada żadnego ubezpieczenia na życie bądź świadczeń z tytułu śmierci, przejdź do punktu 14).**

Nazwa towarzystwa	Adres	Nr telefonu	Nr polisy lub nr ID
Ubezpieczenie na życie _____	_____	_____ ( ) _____	_____
Plan emerytalny _____	_____	( ) _____	_____
Inne Ubezpieczenie/plan _____	_____	_____ ( ) _____	_____
Medicaid _____	_____	( ) _____	_____
Ubezpieczenie pracownicze _____	_____	( ) _____	_____

Jeśli są jakiegokolwiek inne ubezpieczenia lub świadczenia z tytułu śmierci, należy wymienić je tutaj: \_\_\_\_\_

Czy którakolwiek z tych polis obejmuje koszty pochówku ofiary? Tak Nie

Czy jakkolwiek osoba złożyła wniosek o zasiłek pogrzebowy z ubezpieczenia społecznego? Tak Nie

**14. Opisz swoją sytuację finansową. NALEŻY wypełnić WSZYSTKIE części poniżej. Jeśli brak, wpisz zero (0).**

Ile osób znajduje się na Twoim utrzymaniu? \_\_\_\_\_

Jaki jest Twój całkowity roczny dochód (ze WSZYSTKICH źródeł)? W razie wątpliwości podaj kwotę szacunkową: \_\_\_\_\_ USD

Wymień poniżej WSZYSTKIE swoje aktywa i WSZYSTKIE długi. W razie wątpliwości podaj dane szacunkowe. W razie potrzeby dołącz dodatkowe strony.

Aktywa – jeśli brak, wpisz zero (0).		Długi – ile jesteś teraz winien (winna)?	
Oszczędności, akcje, obligacje	USD		<b>Jeśli brak, wpisz zero (0).</b>
Nieruchomości (dom itp.)	USD	Hipoteka	USD
Wpływy z ubezpieczenia na życie	USD	Pożyczki	USD

15. Czy reprezentuje Cię prywatny adwokat (nie prokurator)? Tak Nie

Jeśli tak:

---

Imię i nazwisko adwokata                      Adres                      (                      )  
Telefon

16. Upoważnienie do rozmowy z przedstawicielem

Jeśli chcesz zezwolić członkowi rodziny, znajomemu lub innej osobie na prowadzenie rozmów z OVS w sprawie Twojego roszczenia, podaj dane poniżej:

---

Imię i nazwisko osoby upoważnionej                      Adres                      (                      )  
Telefon

17. Upoważnienie ofiary/wnioskodawcy:

PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI, że przyjęcie rekompensaty od Office of Victim Services (OVS) ustanawia zastaw na rzecz stanu Nowy Jork w odniesieniu do dochodzenia roszczeń związanych z przestępstwem, na którym bazuje to roszczenie, w tym na jakimkolwiek orzeczeniu, ugodzie lub płatności dotyczących restytucji. Ponadto upoważniam każdego przedsiębiorcę pogrzebowego, adwokata, pracodawcę, policję lub inny organ publiczny, towarzystwo ubezpieczeniowe oraz każdą osobę, która świadczyła usługi w związku z powyższym lub ma o tym wiedzę, do przekazania OVS lub jego przedstawicielom następujących informacji: dokumenty dotyczące ubezpieczeń pracowniczych, informacje dotyczące przestępstwa bądź wszelkich obrażeń lub śmierci w wyniku przestępstwa oraz informacje dotyczące tego wniosku. W przypadku przyznania rekompensaty upoważniam OVS do dokonywania płatności bezpośrednio na rzecz świadczeniodawcy. Ponadto upoważniam OVS do udostępniania moich informacji i dokumentacji zebranej w związku z tym wnioskiem pracownikom lokalnego programu pomocy dla ofiar (ang. Victim Assistance Program, VAP) wymienionego w tym wniosku lub dowolnej jednostce samorządu lokalnego ds. pomocy ofiarom przestępstw ustanowionej w stanie Nowy Jork, aby pracownicy VAP lub jednostka samorządu lokalnego mogli pomóc OVS w rozpatrzeniu mojego wniosku i podjęciu decyzji. Jeśli powyżej wskazano prywatnego adwokata, upoważniam również OVS do udostępniania moich informacji i dokumentacji zebranej w związku z tym wnioskiem adwokatowi, aby umożliwić mu działanie w charakterze mojego przedstawiciela. Rozumiem, że oprócz niniejszego upoważnienia potrzebne będzie oddzielne zawiadomienie o stawiennictwie od mojego adwokata. Jeśli powyżej wskazano członka rodziny, znajomego lub inną osobę, upoważniam OVS do udostępniania tej osobie moich informacji i dokumentacji zebranej w związku z tym wnioskiem, aby umożliwić jej zapewnienie mi pomocy w związku z tym wnioskiem.

**Kserokopia tego upoważnienia ma taką samą moc prawną jak oryginał.**

---

 Podpis                      Data                      (                      )  
Nr tel. w ciągu dnia

E-mail: \_\_\_\_\_

Preferowany język rozmowy: angielski hiszpański chiński  
arabski kreolski haitański włoski koreański rosyjski jidysz  
bengalski francuski urdu  
Inne \_\_\_\_\_

Potrzebny tłumacz ustny: Tak Nie

**Abyśmy mogli rozpatrzyć Twój wniosek, prześlij nam następujące dokumenty. (Zachowaj kopię tych dokumentów).**

- Wszystkie faktury i rachunki za świadczenia wymienione w tym formularzu.
- Wypełniony, podpisany formularz wniosku
- Jeden wypełniony formularz HIPAA dla każdego świadczeniodawcy wymienionego w tym formularzu (formularz HIPAA można skserować).
- Pisma od ubezpieczycieli odmawiające lub zatwierdzające płatności za świadczenia wymienione w formularzu.

*Pamiętaj:* musisz obciążyć towarzystwo ubezpieczeniowe lub plan świadczeń, **zanim** OVS będzie mógł dokonać płatności.

**Dokumenty należy przesać pocztą na adres:** New York State Office of Victim Services  
AE Smith Building  
80 S. Swan Street  
Albany, NY 12210-8002



**UPOWAŻNIENIE DO PRZEKAZYWANIA INFORMACJI O ZDROWIU NA PODSTAWIE HIPAA**  
**[Ten formularz został zatwierdzony przez Wydział Zdrowia Stanu Nowy Jork]**

Imię i nazwisko pacjenta	Data urodzenia	Numer ubezpieczenia społecznego XXX-XX-__ ____
Adres pacjenta		

Ja lub upoważniony przeze mnie przedstawiciel składamy wniosek o przekazanie informacji dotyczących zdrowia w odniesieniu do mojej opieki i leczenia zgodnie z niniejszym formularzem.

Zgodnie z przepisami obowiązującymi w stanie Nowy Jork i zasadą prywatności wynikającą z ustawy Health Insurance Portability and Accountability Act z 1996 r. (HIPAA) rozumiem, że:

1. To upoważnienie może obejmować ujawnienie informacji dotyczących **LECZENIA UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU i NARKOTYKÓW ORAZ ZDROWIA PSYCHICZNEGO**, oprócz notatek z psychoterapii, oraz **POUFNYCH INFORMACJI DOTYCZĄCYCH HIV\*** wyłącznie pod warunkiem umieszczenia inicjałów w odpowiednim wierszu w pozycji 9(a). W przypadku gdy informacje o zdrowiu opisane poniżej obejmują którykolwiek z tych rodzajów informacji, a ja umieszczę swoje inicjały w wierszu w polu w punkcie 9(a), tym samym jednoznacznie upoważniam do ujawnienia takich informacji osobom wskazanym w punkcie 8.

2. Jeśli wyrażam zgodę na ujawnienie informacji dotyczących HIV, leczenia uzależnienia od alkoholu lub narkotyków bądź leczenia chorób psychicznych, odbiorca nie może dalej ujawnić takich informacji bez mojej zgody, chyba że jest to dozwolone na mocy prawa federalnego lub stanowego. Rozumiem, że mam prawo zażądać listy osób, które mogą otrzymać lub wykorzystać bez upoważnienia moje informacje dotyczące HIV. W przypadku dyskryminacji ze względu na ujawnienie informacji dotyczących HIV mogę się skontaktować z New York State Division of Human Rights pod numerem (212) 480-2493 lub New York City Commission of Human Rights pod numerem (212) 306-7450. Instytucje te są odpowiedzialne za ochronę moich praw.

3. Mam prawo do wycofania niniejszego upoważnienia w dowolnym momencie, wysyłając pisemne powiadomienie do wymienionego poniżej świadczeniodawcy. Rozumiem, że mam prawo wycofać to upoważnienie, chyba że na jego podstawie podjęto już działania.

4. Rozumiem, że podpisanie tego upoważnienia jest dobrowolne. Moje leczenie, płatność, włączenie do planu zdrowotnego lub uprawnienia do świadczeń nie będą uzależnione od wyrażenia przeze mnie zgody na to ujawnianie.

5. Informacje ujawnione na mocy tego upoważnienia mogą zostać dalej ujawnione przez odbiorcę (z wyjątkiem przypadków wymienionych powyżej w punkcie 2), przy czym ujawnienie takie może nie podlegać dalszej ochronie na mocy przepisów federalnych lub stanowych.

**6. NINIEJSZE UPOWAŻNIENIE NIE UPOWAŻNIA DO OMAWIANIA MOICH INFORMACJI O ZDROWIU LUB OPIEKI MEDYCZNEJ Z OSOBAMI INNYMI NIŻ ADWOKAT LUB AGENCJA RZĄDOWA WYMIENIONA W PUNKCIE 9(b).**

7. Nazwa i adres świadczeniodawcy lub podmiotu odpowiedzialnego za udostępnianie tych informacji:	
8. Imię i nazwisko oraz adres osoby (osób) lub kategoria osób, do których zostaną przesłane te informacje: <b>NYS OFFICE OF VICTIM SERVICES – AE SMITH BLDG., 80 S. SWAN ST., ALBANY, NY 12210-8002</b>	
9(a). Konkretnie informacje, które mają zostać udostępnione: <input type="checkbox"/> Dokumentacja medyczna od (wstawić datę) _____ do (wstawić datę) _____ <input type="checkbox"/> Cała dokumentacja medyczna, w tym historia choroby, notatki z gabinetu (z wyjątkiem notatek z psychoterapii), wyniki badań, badania radiologiczne, filmy, skierowania, konsultacje, rachunki, rejestry ubezpieczeniowe i dokumentacja przesłane do Ciebie przez innych członków personelu medycznego. <input type="checkbox"/> Inne: _____	
Załączyć: (wskazać poprzez wpisanie inicjałów): _____ Leczenie uzależnienia od alkoholu/narkotyków _____ Informacje dotyczące zdrowia psychicznego _____ Informacje dotyczące HIV	
<b>Upoważnienie do omawiania informacji o zdrowiu</b> (b) <input type="checkbox"/> Wstawiając tutaj inicjały, _____ upoważniam _____ Inicjały _____ Imię i nazwisko członka personelu medycznego _____ do omawiania moich informacji o zdrowiu z moim adwokatem lub agencją rządową wymienioną tutaj: <b>NEW YORK STATE OFFICE OF VICTIM SERVICES</b> _____ (Imię i nazwisko adwokata / nazwa firmy lub nazwa agencji rządowej)	
10. Przyczyna ujawnienia informacji: <i>Na żądanie osoby w celu ustalenia kwalifikacji do świadczeń New York State Office of Victim Services.</i>	11. Data lub zdarzenie, po którym niniejsze upoważnienie wygaśnie: <i>To upoważnienie wygaśnie z chwilą wygaśnięcia kwalifikacji danej osoby do świadczeń Office of Victim Services.</i>
12. Imię i nazwisko osoby podpisującej formularz, jeśli pacjent nie składa podpisu:	13. Pełnomocnictwo do złożenia podpisu w imieniu pacjenta:

Wszystkie pozycje tego formularza zostały wypełnione i uzyskałem(-am) odpowiedź na pytania dotyczące tego formularza. Ponadto otrzymałem(-am) kopię formularza.

Data: \_\_\_\_\_

Podpis pacjenta lub przedstawiciela prawnego.

\* **Ludzki wirus niedoboru odporności, który powoduje AIDS. Ustawa o zdrowiu publicznym stanu Nowy Jork chroni informacje, które w uzasadniony sposób mogłyby umożliwić poznanie tożsamości osoby mającej objawy lub zakażenie HIV, oraz informacje dotyczące osób kontaktujących się z taką osobą.**



