



## كيفية التقدم بطلب للحصول على تعويض

ماذا لو كنت لا أملك بعضًا من المستندات التي يحتاجها مكتب OVS؟  
أرسل طلبك على الفور. يمكنك إرسال المستندات الأخرى لاحقًا.

ماذا لو تعرضت ممتلكاتي للفقْدان أو التلف أو التدمير بسبب  
الجريمة؟

إذا كنت أقل من 18 عامًا، أو كان عمرك 60 عامًا أو أكثر، أو معاقًا، أو تعرضت  
للإصابة، فيحق لك التقدم بطلب للحصول على مخصصات كتعويض عن ممتلكاتك  
الشخصية/الأساسية أو أموالك النقدية غير المغطاة من أي مورد آخر.  
يُقصد بكلمة "أساسية" أن تكون ضرورية من أجل صحتك وعافيتك، مثل النظارة  
والملابس.

ماذا لو كنت قد انتقلت إلى مكان آخر؟

أرسل خطابًا موجهًا إلى مكتب OVS على الفور. أخبرنا برقم هاتفك وعنوانك  
الجديد. يُرجى أيضًا إحاطتنا علمًا في حالة تغيير عنوان بريدك الإلكتروني.

من الذي يمكنه التوقيع على المطالبة؟

بشكل عام، يجب على الضحية أن يوقع على المطالبة. لكن إذا كان عمر الضحية  
أقل من 18 عامًا، أو كان الضحية عاجزًا من الناحية الجسدية أو الذهنية عن  
التوقيع، فيجب على الوصي القانوني (الشخص الذي يتلقى المخصصات) أن يقوم  
بإكمال القسم (2) من المطالبة والتوقيع عليها.

في حالة وفاة الضحية، فيجب على الشخص المطالب بالمخصصات أن يقوم بإكمال  
القسم (2) من المطالبة والتوقيع عليها.

هل هناك طريقة أخرى لتقديم الطلب؟

نعم. تفضّل زيارة [ovs.ny.gov](http://ovs.ny.gov) للوصول إلى بوابة خدمات الضحايا (VSP)  
وتقديم طلب عبر الإنترنت.

هل يجب عليّ إكمال نموذج HIPAA المرفق؟

نعم. قم بإكمال نموذج HIPAA لكل مقدم للخدمة. يمكنك نسخ نموذج فارغ لعمل  
نسخ إضافية.

من الذي يمكنه التقدم بطلب للحصول على تعويض؟

يمكن لضحايا الجرائم الأبرياء وبعض الأقارب المحددين والمعالمين  
والأوصياء القانونيين وفاعلي الخير (السامريين الصالحين) المؤهلين أن  
يتقدموا بطلب إلى مكتب خدمات الضحايا (OVS) من أجل الحصول على  
تعويض عن النفقات الخاصة التي لا يغطيها التأمين أو الموارد الأخرى.

ما نوع النفقات التي يمكنني الحصول على تعويض عنها؟

يقدم مكتب OVS التعويض فيما يتعلق بالإصابة الشخصية والوفاة  
وفقدان الممتلكات الشخصية الأساسية.

تشتمل النفقات المحددة التي قد يغطيها مكتب OVS على ما يلي:

- نفقات الرعاية الطبية والأدوية الصيدلانية والاستشارات
- فقدان الممتلكات الشخصية الأساسية (حتى 500 دولار،  
بما يتضمن 100 دولار عن الأموال النقدية)
- نفقات الدفن أو الجنازة (حتى 6000 دولار)
- فقدان الأجور أو الدعم (حتى 30000 دولار)  
(قد يكون آباء الأطفال القصر المحجوزين بالمستشفى أو  
الأوصياء عليهم مؤهلين للحصول على هذا المخصص.)
- المواصلات (المحكمة/الرعاية الطبية)
- إعادة التأهيل المهني/الوظيفي
- تكاليف مأوى ضحايا العنف المنزلي والأجهزة الأمنية
- تنظيف مسرح الجريمة (حتى 2500 دولار)
- فقدان ممتلكات فاعل الخير (السامري الصالح)  
(حتى 5000 دولار)
- نفقات الانتقال (حتى 2500 دولار)

كيف أطلب التعويض؟

أرسل إلينا طلب OVS بعد إكماله، إلى جانب نُسخ مما يلي:

- محاضر الشرطة
- الفواتير الطبية
- المراسلات التي أجريت مع شركات التأمين  
أو خطة المخصصات التي توضح ما إذا كانوا سيغطون خسارتك
- بطاقات التأمين
- إيصالات للممتلكات الشخصية الأساسية
- شهادة الوفاة وعقد الجنازة
- شهادة ميلاد الضحية
- إثبات العمر (رخصة القيادة، شهادة الميلاد، وغيرها)
- مستندات الوصاية القانونية

## معلومات بشأن التعويض الصادر بأمر من المحكمة

### ما هو التعويض؟

التعويض هو مبلغ يُدفعه مرتكب الجريمة الجنائية إلى الضحية وذلك عن الخسائر والإصابات التي لحقت بالضحية نتيجة لتلك الجريمة الجنائية. يجب أن يكون التعويض بأمر من المحكمة وقت إصدار الحكم، ويعد جزءًا من العقوبة.

لا يكون التعويض بهدف جبر أضرار الخسائر المستقبلية أو الكرب النفسي أو "الألم والمعاناة".

حين يقوم مكتب محامي المنطقة (DA) بإخطار المحكمة بأنك قد طلبت تعويضًا أو حين يشير بيان الضرر الذي لحق بالضحية والمتضمن في محضر تحقيقات فترة المراقبة (محضر ما قيل الحكم أو ما قبل الإقرار أو ما قبل الفصل في القضية) إلى أن الضحية يسعى للحصول على تعويض، فيجب على المحكمة أن تأمر بالتعويض ما لم تستلزم مقتضيات العدالة خلاف ذلك. حين لا يأمر القاضي بالتعويض، فيجب على القاضي أن يذكر أسبابه بوضوح في محضر الجلسة.

### ما الذي يمكنني طلبه باعتباره تعويضًا؟

يمكنك أن تطلب الحصول على تعويض عن أي نفقات تتكبدها نتيجة للجريمة الجنائية - حتى عن العناصر التي قد لا يتمكن مكتب OVS من التعويض عنها. قد يشمل التعويض، على سبيل المثال لا الحصر، التعويض عن الفواتير الطبية ونفقات الاستشارات وفقدان الدخل ونفقات الجنازة وخصومات التأمين واستبدال الممتلكات المسروقة أو التالفة.

### من الذي يحق له التعويض؟

يمكن لأي شخص قد وقع ضحية لجريمة جنائية وتعرض لإصابات أو أضرار أو خسائر اقتصادية أن يطالب بالتعويض. في كثير من الأحيان، لا يطلب الضحايا المستحقون للتعويض هذا التعويض. هذا قد يحدث بسبب عدم إدراك الضحايا بأن من حقهم الحصول على التعويض، أو لا يعرفون الخطوات التي يجب اتخاذها للمضي قدمًا في الحصول على التعويض الذي يستحقونه.

### كيف أطلب التعويض؟

ينبغي لك الاتصال بمكتب محامي المنطقة (DA) وإخطاره بمدى إصابتك والخسائر المتكبدة من نفقاتك الشخصية ومبلغ الأضرار الذي تطلبه.

**تقع عليك مسؤولية** تزويد الشرطة ومحامي المنطقة (DA)، وكذلك إدارة المراقبة المحلية عند الطلب، بنسخ من الفواتير والمستندات الأخرى التي توضح مدى إصابتك والخسائر التي تكبدها من نفقاتك الشخصية ومقدار الأضرار الذي ترغب في أن تضعه المحكمة عين الاعتبار. سيتم تضمين مطالبتك بالتعويض في أي تقرير من تقرير تحقيقات فترة المراقبة (تقرير ما قبل الحكم أو ما قبل الإقرار أو تقرير ما قبل الفصل في القضية). تأكد من قيامك بما يلي:

- الاحتفاظ بسجلات دقيقة، مثل الإيصالات الأصلية الخاصة بأي نفقات قد تكبدها باعتبارها نتيجة مباشرة للجريمة الجنائية.
- إعطاء نسخة من هذه الإيصالات إلى الشرطة ومحامي المنطقة (DA) وإدارة المراقبة المحلية.

يتعين عليك أن تشرح بوضوح حاجتك إلى التعويض في أقرب وقت ممكن إلى محامي المنطقة (DA) ومحامي الضحية/الشاهد وإدارة المراقبة. يمكن إجراء اتفاقيات تخفيف العقوبة خلال أيام من وقوع الجريمة الجنائية الفعلية. في حالة عدم تقديم هذه المعلومات قبل اتفاقية تخفيف العقوبة وإصدار الحكم، فيحق لك ملاحقة الجاني في المحكمة المدنية.

يكون محامي المنطقة (DA) ملزمًا بتقديم التماس إلى المحكمة لطلب التعويض نيابة عنك.

في جميع قضايا الجرائم الجنائية والعديد من قضايا الجُنح الجنائية وجميع قضايا جنوح الأطفال الأحداث والأشخاص الذي يحتاجون إلى الخضوع لإشراف (PINS)، يكون تقرير تحقيقات ما قبل الحكم أو ما قبل الفصل في القضية مطلوبًا. سنتصل بك إدارة المراقبة المحلية بخصوص التعويض المتعلق بقضيتك.

### كيف يتم تحديد التعويض؟

يعتمد مبلغ التعويض على إثبات الخسائر التي تكبدها من نفقاتك الخاصة نتيجة للجريمة الجنائية. يحق للجاني الاعتراض على مبلغ التعويض. يجوز للمحكمة أن تعقد جلسة استماع بشأن مسألة التعويض والتي يمكن فيها للمحكمة أن تنظر في قدرة الجاني على السداد. قد يتصل بك مكتب محامي المنطقة (DA) ويطلب منك الإدلاء بشهادتك في جلسة التعويض. إذا كانت لديك مخاوف بشأن المثول بنفسك في المحكمة، فينبغي لك استكشاف البدائل مع محامي المنطقة (DA) المكلف بقضيتك.

إذا قام مكتب OVS بسداد فواتيرك، فقد تأمر المحكمة بسداد مدفوعات التعويض إلى مكتب OVS نظير تلك البنود المدفوعة. من المهم أن تقوم بإخطار مكتب محامي المنطقة (DA) بأنك قد قدمت مطالبة لدى مكتب OVS.

إذا قدمت مطالبة لدى مكتب OVS، فمن المهم أن تُخطر مكتب OVS إذا أمرت المحكمة بالزام الجاني بسداد تعويض.



## طلب التعويض مكتب خدمات الضحايا بولاية نيويورك

يرجى الكتابة بأحرف واضحة. أجب عن جميع الأسئلة. إن تقديم المطالبات الكاذبة يعتبر جريمة!

اقرأ  
طريقة التقدم بطلب للحصول  
على تعويض قبل  
ملء هذا النموذج.

### مخصص لاستخدام برنامج مساعدة الضحايا فحسب

رقم معرف برنامج VAP التابع لمكتب OVS	اسم/هاتف البرنامج	اسم المحامي/البريد الإلكتروني الخاص به
--------------------------------------	-------------------	--

### 1. أخبرنا عن الضحية.

اسم العائلة	الاسم الأول:	الحرف الأول من الاسم الأوسط	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد
العنوان البريدي:				
الشارع	رقم الشقة (أو الصندوق البريدي)	المدينة:	المقاطعة:	الولاية (أو الدولة الأجنبية)
العرق/الأصل الإثني: <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أسود <input type="checkbox"/> إسباني <input type="checkbox"/> هندي أمريكي/من سكان الأسكا الأصليين <input type="checkbox"/> هندي آسيوي <input type="checkbox"/> صيني <input type="checkbox"/> ياباني <input type="checkbox"/> فلبيني <input type="checkbox"/> كوري <input type="checkbox"/> فييتنامي <input type="checkbox"/> بنجلاديشي <input type="checkbox"/> باكستاني <input type="checkbox"/> غواماني <input type="checkbox"/> شاموري <input type="checkbox"/> سامواي <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> متعدد الأعراق				
الحالة الاجتماعية: <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> تعيش مع شريك				
هل كانت الضحية معاقبة وقت ارتكاب الجريمة؟ النوع: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف				

كيف سمعت لأول مرة عن مكتب خدمات الضحايا؟

الشرطة  المستشفى  المدعي العام  برنامج مساعدة الضحايا  الإذاعة/التلفاز  كتيب/ملصق  الإنترنت  غير ذلك

### 2. إذا لم تكن أنت الضحية، وقمت بالتوقيع على هذه المطالبة، فستكون أنت مقدم المطالبة. حدثنا عن نفسك. (اطلع على فقرة "من يمكنه التوقيع على المطالبة؟" في صفحة التعليمات.)

اسم العائلة	الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد
العنوان البريدي:				
شارع	رقم الشقة (أو الصندوق البريدي)	المدينة	الدولة	الولاية (أو الدولة الأجنبية)
ما هي علاقتك/صلة قرابتك بالضحية؟ (ضع علامة على اختيار واحد فقط) <input type="checkbox"/> ولي أمر <input type="checkbox"/> زوج/زوجة <input type="checkbox"/> ابن/ابنة <input type="checkbox"/> وصي قانوني <input type="checkbox"/> محامي <input type="checkbox"/> غير ذلك (وضح):				

### 3. حدثنا عن الجريمة. (ضع علامة على اختيار واحد فقط.)

توفيت الضحية بسبب:	تعرضت الضحية للإصابة بسبب:	فقدت الضحية ممتلكات شخصية أساسية بسبب:
<input type="checkbox"/> حادثة سيارة (قيادة تحت تأثير الكحول (DUI)/القيادة في حالة السكر (DWI))	<input type="checkbox"/> الاعتداء	<input type="checkbox"/> عملية سطو
<input type="checkbox"/> حادثة سيارة (غير ذلك)	<input type="checkbox"/> اعتداء جنسي	<input type="checkbox"/> حادثة سيارة (قيادة تحت تأثير الكحول (DUI)/القيادة في حالة السكر (DWI))
<input type="checkbox"/> إرهاب	<input type="checkbox"/> الإساءة للأطفال/إهمالهم	<input type="checkbox"/> قضية جنائية إيذاء
<input type="checkbox"/> حرق عن عمد	<input type="checkbox"/> الاعتداء الجنسي على الأطفال	<input type="checkbox"/> حادثة سيارة (بخلاف قيادة تحت تأثير الكحول (DUI)/القيادة في حالة السكر (DWI))
<input type="checkbox"/> إتجار بالبشر	<input type="checkbox"/> حادثة سيارة (قيادة تحت تأثير الكحول (DUI)/القيادة في حالة السكر (DWI))	<input type="checkbox"/> احتيال/جريمة مالية
<input type="checkbox"/> جرائم قتل أخرى	<input type="checkbox"/> حادثة سيارة (بخلاف قيادة تحت تأثير الكحول (DUI)/القيادة في حالة السكر (DWI))	<input type="checkbox"/> سرقة (دون إصابة)
	<input type="checkbox"/> استغلال الأطفال في المواد الإباحية	<input type="checkbox"/> سرقة (دون إصابة)
	غير ذلك (وضح):	غير ذلك (وضح):

أين وقعت الجريمة؟ (ضع علامة على اختيار واحد فقط.)  مكان العمل  مسكن خاص  شقة. مبنى  شارع عام  قطار أنفاق/حافلة  موقف سيارات  مطعم/حانة  مدرسة/فناء مدرسة  مركز تسوق  غير ذلك (وضح):

هل كانت هذه جريمة متعلقة بالعنف المنزلي (الأسري)؟ .....  نعم  لا  غير معروف

هل كانت هذه جريمة متعلقة بالانتحار؟ .....  نعم  لا  غير معروف

هل كانت هذه جريمة متعلقة بإهمال/إساءة إلى كبار السن؟ .....  نعم  لا  غير معروف

هل كانت هذه جريمة كراهية؟ .....  نعم  لا  غير معروف

هل كانت الضحية تقود سيارة أجرة عندما وقعت الجريمة؟ .....  نعم  لا  غير معروف

هل تعرضت ممتلكات الضحية للقتل أو التضرر أثناء محاولة منع أو إيقاف جريمة ضد شخص آخر أو أثناء مساعدة السلطات على إيقاف جريمة؟ .....  نعم  لا  غير معروف

رقم محضر الجريمة: \_\_\_\_\_ وكالة العدالة الجنائية أو قسم الشرطة الذي تم إبلاغه: \_\_\_\_\_  
 المقاطعة التي حدثت فيها الجريمة: \_\_\_\_\_ تاريخ الجريمة: \_\_\_\_\_ تاريخ الإبلاغ عن الجريمة: \_\_\_\_\_  
 في حالة مرور أكثر من 7 أيام بين وقوع الجريمة وتاريخ الإبلاغ عنها، فيرجى توضيح السبب: \_\_\_\_\_  
 في حالة مرور أكثر من عام واحد بين تاريخ وقوع الجريمة وتاريخ تقديم هذه المطالبة، فيرجى شرح السبب: \_\_\_\_\_  
 لخص الجريمة بأسلوبك الخاص: \_\_\_\_\_

#### 4. حدثنا عن المشتبه به. اسم المشتبه به (إن كنت تعرفه): \_\_\_\_\_

هل تم القبض على المشتبه به فيما يخص هذه الجريمة؟  نعم  لا  
 هل تمت مقاضاة المشتبه به عن هذه الجريمة؟  نعم  لا  
 هل يعيش المشتبه به في نفس منزل الضحية  لا  ليس بعد  
 أو هل المشتبه به واحدًا من أفراد عائلة الضحية؟  نعم  لا  
 هل أصدرت المحكمة أمر حماية في هذه القضية؟  نعم  لا (إذا كانت الإجابة بنعم، فأرفق نسخة)  
 هل طلب محامي المنطقة (DA) من المحكمة الأمر بالتعويض؟  نعم  لا  
 هل أمرت المحكمة بالإزام المشتبه به بدفع تعويض؟  نعم (المبلغ بالدولار الأمريكي \_\_\_\_\_)  لا  ليس بعد

**ملاحظة -** إذا كنت مؤهلاً للحصول على تعويض، فقد يتمكن مكتب OVS من دفع تعويض عن النفقات المدرجة أدناه. ينبغي المطالبة كذلك بهذه النفقات أيضًا باعتبارها جزءًا من التعويض الملزم بأمر من المحكمة. يُشجع مقدمو الطلبات على مشاركة هذه المعلومات مع ممثلي الادعاء إذا كانت هناك قضية جنائية. اطلع على صفحة معلومات التعويض الملزم بأمر من المحكمة لمعرفة المعلومات المهمة المتعلقة بالتعويض.

#### 5. حدثنا عن نفقاتك المتعلقة بهذه الجريمة. (ضع علامة على كل ما ينطبق.)

نفقات طبية/سيارة إسعاف  فقدان الدعم  خسارة الأجر  وسائل النقل الشخصية  
 تنظيف مسرح الجريمة (مطالبة التعويض عن الوفاة فحسب)  ملجأ ضحايا العنف الأسري (DV)  نفقات طبية/نفقات الاستشارات  
 جهاز/نظام أمني  تدريب مهني/إعادة تأهيل  النقل/التخزين  المحكمة  
 استشارات  جنازة/دفن  الممتلكات الشخصية الأساسية  فقدان المدخرات  
 غير ذلك (وضح): \_\_\_\_\_

#### 6. قم بإدراج أي ممتلكات شخصية أساسية، مثل النقود أو النظارة أو الملابس التي يجب استبدالها بسبب هذه الجريمة. (إذا لم يكن هناك شيء، فانتقل إلى القسم 7.)

صف الأشياء المفقودة/التالفة:	التكلفة	صف الأشياء المفقودة/التالفة:	التكلفة
1.	دولار أمريكي	4.	دولار أمريكي
2.	دولار أمريكي	5.	دولار أمريكي
3.	دولار أمريكي	6.	دولار أمريكي

شركة تأمين مستأجر/مالك للمنزل	رقم المعرف أو البوليصا	خصم التأمين
شركة تأمين سيارات/غير ذلك	رقم المعرف أو البوليصا	دولار أمريكي
		خصم التأمين
		دولار أمريكي

-- إذا لم تكن هناك إصابات وكنت تطلب مخصصات عن الممتلكات الشخصية الأساسية فحسب، فانتقل إلى رقم 15. --

#### 7. حدثنا عن عمل الضحية أو الوالي الضحية والتأمين الخاص بفقدان الأجر.

إذا كنت لا ترغب في أن نتصل بجهة عملك، فلا يمكنك أن تطلب التعويض عن فقدان الأجر (فانتقل إلى رقم 8).

هل كان الضحية/والد الضحية القاصر الذي تم إدخاله المستشفى يعمل حين وقعت الجريمة؟  نعم  لا  
 هل غابت الضحية/والد الضحية القاصر الذي تم إدخاله المستشفى عن عمله بسبب الجريمة؟  نعم  لا  
 هل كان الضحية/والد يعمل لحسابه الخاص؟  نعم  لا (إذا كانت الإجابة بنعم، فقم بإرفاق آخر إقرار ضريبي للعام السابق وجميع الجداول.)

اسم جهة (صاحب) العمل وعنوانه ورقم هاتفه:

صاحب العمل \_\_\_\_\_ الشارع \_\_\_\_\_ المدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_ رقم الهاتف \_\_\_\_\_

اسم جهة (صاحب) عمل آخر وعنوانه ورقم هاتفه:

صاحب العمل \_\_\_\_\_ الشارع \_\_\_\_\_ المدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_ رقم الهاتف \_\_\_\_\_

الطبيب	الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	رقم الهاتف ( )
--------	--------	---------	---------	---------------	----------------

حدثنا عن أي شركة تأمين ستغطي الوقت الذي غابته الضحية عن العمل. (إذا لم يكن هناك وقت قد غابته، فاكتب "لا شيء" أدناه وانتقل إلى رقم 8).

1. تأمين البطالة	5. تعويض العاملين	البوليصة أو رقم التعريف أو "لا شيء"
2. تأمين الإعاقة	6. تأمين آخر	
3. خطة التقاعد	7. مخصصات الضمان الاجتماعي (رقم SSN مطلوب)	رقم الضمان الاجتماعي (SSN) _____-_____-_____
4. تأمين آخر	8. مخصصات SSI (رقم SSN مطلوب)	رقم الضمان الاجتماعي (SSN) _____-_____-_____

8. في حالة وفاة الضحية، فقم بإكمال الجزء الوارد أدناه إذا كان لديك أي مصروفات للدفن. (إذا لم يكن الأمر كذلك، فانتقل إلى رقم 9) قم أيضًا بإرفاق نسخة من العقد المبرم مع دار الجناز وغيرها من فواتير نفقات الدفن ونسخة ضوئية من شهادة الوفاة، إذا كانت بحوزتك.

اسم دار الجناز: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: ( ) \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

الشارع المدينة الولاية الرمز البريدي

9. في حالة إصابة الضحية أو وفاته بسبب هذه الجريمة، فقم بإكمال الجزء الوارد أدناه:

صف إصابات الضحية، بإيجاز: \_\_\_\_\_

هل تلقت الضحية أي علاج طبي؟  نعم  لا (إذا كانت الإجابة بلا، فانتقل إلى رقم 10)  
حدثنا عن الأخصائيين الصحيين الذين عالجوا الضحية من الإصابات المتعلقة بهذه الجريمة:  
الاسم بالكامل العنوان الكامل

رقم الهاتف	المستشفى الأولي
( ) _____	مستشفى آخر
( ) _____	أول طبيب (ليس في المستشفى)
( ) _____	طبيب آخر
( ) _____	أول طبيب أسنان
( ) _____	مستشار الضحية

10. حدثنا عن الأشخاص الذين تعولهم الضحية وغيرهم ممن كانوا يعتمدون على الدعم المقدم من الضحية. (إذا لم يكن هناك شيء، فانتقل إلى 11)

العلاقة بالضحية	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي	الاسم	المعال
هل أنت وصي قانوني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				العنوان
العلاقة بالضحية	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي	الاسم	مُعال آخر
هل أنت وصي قانوني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				العنوان
العلاقة بالضحية	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي	الاسم	مُعال آخر
هل أنت وصي قانوني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				العنوان

في حالة وجود أكثر من 3 معالين، فقم بإرفاق ورقة منفصلة وضع علامة هنا

11. هل هناك أي شخص غير الضحية يتلقى استشارة بسبب هذه الجريمة؟ (إذا لم يكن الأمر كذلك، فانتقل إلى رقم 12)

من الذي تلقى الاستشارات؟	العلاقة بالضحية	شركة التأمين التي تكبدت فواتير الاستشارات	رقم المعرف أو البوليصا
اسم المستشار والعنوان ورقم الهاتف:			
من أيضًا قد تلقى الاستشارات؟	العلاقة بالضحية	شركة التأمين التي تكبدت فواتير الاستشارات	رقم المعرف أو البوليصا
اسم المستشار والعنوان ورقم الهاتف:			

في حالة حصول أكثر من شخصين على الاستشارات بسبب هذه الجريمة، فضع علامة هنا ورقم بارفاق ورقة منفصلة من أجل الوصف

12. قم بإدراج أي تأمين يغطي الضحية أو الأشخاص الذين يعولهم الضحية. في حالة عدم وجود تأمين، فاكتب "لا شيء" أدناه. إذا كنت قد تقدمت بطلب ولكن لم تحصل على تغطية بعد، فاكتب "معلق" تحت رقم المعرف أو البوليصا.

رقم المعرف أو البوليصا اسم الشخص (الأشخاص) الذي تشملته تغطية التأمين هذا:

شركة التأمين الأساسية		
شركة التأمين الطبي الأساسية		
تأمين آخر (نقابة، طب الأسنان، الرؤية، غير ذلك)		
Medicare		
Medicaid		
تعويض العاملين		
التأمين على السيارات		
تأمين آخر		

13. في حالة وفاة الضحية، أخبرنا عن أي تأمين على الحياة أو مخصصات الوفاة.

(في حالة عدم وفاة الضحية، أو عدم وجود تأمين على الحياة أو مخصصات للوفاة، فانتقل إلى رقم 14.)

اسم الشركة	العنوان	رقم الهاتف	رقم المعرف أو البوليصا
تأمين على الحياة		( )	
خطة تقاعد		( )	
غير ذلك		( )	
تأمين/خطة		( )	
Medicaid		( )	
تعويض		( )	
العاملين		( )	

في حالة وجود أي تأمين آخر أو مخصصات للوفاة، فقم بإدراجها هنا:

هل تغطي أي من هذه السياسات نفقات دفن الضحية؟  نعم  لا

هل تقدم أي شخص للحصول على مخصص الوفاة من الضمان الاجتماعي؟  نعم  لا

14. حدثنا عن وضعك المالي. يجب عليك الإجابة على جميع الأقسام الواردة أدناه. في حالة عدم وجود شيء، فأدخل صفرًا (0).

كم عدد الأشخاص الذين تعولهم؟

ما إجمالي دخلك السنوي (من جميع المصادر)؟ إذا لم تكن متأكدًا، فقدم تقديرًا لذلك: دولار أمريكي

قم بإدراج جميع أصولك وجميع ديونك أدناه. إذا لم تكن متأكدًا، فقدم تقديرًا لذلك. أرفق صفحات إضافية إذا لزم الأمر.

ديونك – بكم تدين الآن؟		أصولك – في حالة عدم وجودها، فأدخل صفرًا (0).	
في حالة عدم وجود شيء، فأدخل صفرًا (0).		دولار أمريكي	المدخرات، الأسهم، السندات
دولار أمريكي	الرهن العقاري	دولار أمريكي	الممتلكات العقارية (منزل، إلخ)
دولار أمريكي	قروض	دولار أمريكي	عائدات التأمين على الحياة

( )  
اسم المحامي العنوان رقم الهاتف

16. تفويض بالتحدث مع الممثل  
إذا كنت ترغب في إعطاء إذن لأحد أفراد العائلة أو الأصدقاء أو شخص آخر للتحدث مع مكتب OVS بخصوص مطالبتك، فقم بذكره هنا.

( )  
اسم الشخص العنوان رقم الهاتف

17. تفويض مقدم المطالبة/الضحية:

أقر بأن قبول منحة من مكتب خدمات الضحايا (OVS) يترتب عليه حق امتياز لصالح ولاية نيويورك على أي تعويض يتعلق بالجريمة التي تستند إليها هذه المطالبة، بما في ذلك أي حكم أو تسوية أو مدفوعات متعلقة بالحكم بالتعويض. أقر بأنني أيضًا أفوض أي مدير للجنائز أو محام أو جهة عمل أو شرطة أو سلطة عامة أخرى أو شركة تأمين أو أي شخص قدم خدمات لما سبق، أو لديه علم بذلك، بتزويد مكتب OVS أو ممثليه بالمعلومات التالية: سجلات تعويض العاملين، والمعلومات المتعلقة بالجريمة أو أي إصابات أو وفاة نتيجة للجريمة، والمعلومات المتعلقة بهذه المطالبة. في حالة صدور منحة، فإنني أفوض مكتب OVS بسداد المدفوعات مباشرة إلى مقدم الخدمات. أفوض أيضًا مكتب OVS بمشاركة معلوماتي وسجلاتي المجمع لهذه المطالبة مع برنامج مساعدة الضحايا المحلي (VAP) المدرج في هذا الطلب أو أي كيان حكومي محلي تم إنشاؤه في ولاية نيويورك لمساعدة ضحايا الجريمة من أجل مساعدة برنامج VAP أو الكيان الحكومي المحلي لمكتب OVS في معالجة مطالبتي واتخاذ قراره. في حالة الإشارة إلى محام خاص أعلاه، فإنني أفوض أيضًا مكتب OVS بمشاركة معلوماتي وسجلاتي المجمع لهذه المطالبة مع المحامي حتى يتصرف باعتباره ممثلًا لي. أفهم بأنه ستكون هناك حاجة إلى إشعار منفصل بالتمثيل من المحامي الخاص بي إلى جانب هذا التفويض. في حالة الإشارة إلى أحد أفراد الأسرة أو الأصدقاء أو أي شخص آخر أعلاه، فإنني أفوض مكتب OVS بمشاركة معلوماتي وسجلاتي المجمع لهذه المطالبة مع ذلك الشخص حتى يساعدني فيما يخص هذه المطالبة.

سيتم اعتبار أي نسخة ضوئية من هذا التفويض سارية مثلها مثل النسخة الأصلية.

توقيع مقدم المطالبة

التاريخ

رقم الهاتف المتاح نهائيًا

اللغة التي تفضل التحدث بها:  الإنجليزية  الإسبانية  الصينية  
 العربية  الكريولية الهايتية  الإيطالية  الكورية  الروسية  البينغالية  
 البنغالية  الفرنسية  الأوردية  
 غير ذلك

هل هناك حاجة إلى مترجم فوري:  نعم  لا

لمعالجة طلبك، أرسل إلينا المستندات التالية بالبريد العادي. (احتفظ بنسخة لسجلاتك.)

- جميع الفواتير وإيصالات الخدمات المدرجة في هذا النموذج.
  - نموذج المطالبة المكتمل والموقع عليه منك
  - نموذج HIPAA المكتمل لكل مقدم خدمة مدرج بهذا النموذج (يمكنك نسخ نموذج HIPAA ضوئيًا).
  - خطابات من أي شركة تأمين ترفض أو تصرح بالدفع مقابل الخدمات المدرجة في هذا النموذج.
- تذكر: يجب عليك تحرير فاتورة إلى شركة التأمين أو خطة الاستحقاقات الخاصة بك قبل أن يتمكن مكتب OVS من السداد.

أرسل مستنداتك عبر البريد إلى:  
New York State Office of Victim Services  
AE Smith Building  
80 S. Swan Street  
Albany, NY 12210-8002



تفويض بالإفصاح عن المعلومات الصحية وفقاً لقانون إخضاع التأمين الصحي لقبالية النقل والمحاسبة (HIPAA)  
[تم اعتماد هذا النموذج من إدارة الصحة بولاية نيويورك]

اسم المريض	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي -XXX-XX
عنوان المريض		

أطالب أنا، أو ممثلي المفوض، بأن يتم الكشف عن المعلومات الصحية المتعلقة برعايتي وعلاجي على النحو المبين في هذا النموذج:

بموجب قانون ولاية نيويورك وقاعدة الخصوصية في قانون إخضاع التأمين الصحي لقبالية النقل والمحاسبة لعام 1996 (HIPAA)، فإنني أقر باستيعابي لما يلي:

1. أن هذا التفويض قد يشمل الإفصاح عن معلومات تتعلق بتعاطي الكحول وسوء استخدام العقاقير والعلاج المتعلق بالصحة العقلية، ما عدا ملاحظات العلاج النفسي، والمعلومات السرية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) إذا وقّعت بالأحرف الأولى من اسمي على السطر المناسب في الفقرة 9 (أ) فحسب. في حالة كون المعلومات الصحية الموصوفة أدناه تتضمن أيًا من أنواع هذه المعلومات، وقيامي بالتوقيع بالأحرف الأولى من اسمي على السطر داخل المربع في الفقرة 9 (أ)، فأنا أصرح بصفة خاصة بالإفصاح عن مثل هذه المعلومات إلى الشخص (الأشخاص) المُشار إليه (إليهم) في الفقرة 8
2. إذا قمت بالإفصاح عن معلومات متعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية أو من العلاج من إدمان الكحوليات أو العقاقير أو من علاج الصحة العقلية، فُحظر على المتلقي إعادة الإفصاح عن مثل هذه المعلومات دون تصريح مني إلا إذا كان مسموحًا بذلك بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية. أعي أن لي الحق في طلب قائمة بالأشخاص الذين قد يتلقون أو يستخدمون المعلومات الخاصة بي المتعلقة بفيروس نقص المناعة (HIV) دون تصريح مني. إذا تعرضت للتمييز نتيجة الكشف عن المعلومات الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو الإفصاح عنها، فيجوز لي الاتصال بإدارة حقوق الإنسان بولاية نيويورك على الرقم 480-2493 (212) أو مفوضية حقوق الإنسان بولاية نيويورك على الرقم 306-7450 (212). تتحمل هذه الوكالات مسؤولية حماية حقوقي.
3. لدي الحق في إلغاء هذا الترخيص في أي وقت من خلال إرسال خطاب مكتوب إلى مقدم الرعاية الصحية المذكور أدناه. أدرك أنه يجوز لي إلغاء هذا التفويض إلا بالقدر الذي تم فيه بالفعل اتخاذ إجراء بناءً على هذا التفويض.
4. أدرك أن التوقيع على هذا التفويض هو أمر تطوعي. لن يكون علاجي أو مدفوعي أو التحاقني بإحدى الخطط الصحية أو أهليتي للحصول على الاستحقاقات مشروطاً بتصريحي بهذا الإفصاح.
5. يمكن إعادة الإفصاح عن المعلومات المفصح عنها هنا من المتلقي (باستثناء ما هو مبين أعلاه في الفقرة 2)، وقد لا تظل إعادة الإفصاح تلك غير خاضعة للحماية بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية.
6. لا يخول لك هذا التفويض مناقشة معلوماتي الصحية أو رعايتي الطبية مع أي شخص آخر غير المحامي أو الوكالة الحكومية المحددة في الفقرة 9 (ب).

7. اسم مقدم الرعاية الصحية وعنوانه أو الجهة المصرح لها بالكشف عن هذه المعلومات:

8. اسم الشخص (الأشخاص) وعنوانه أو الفئة التي ينتمي لها الشخص الذي سترسل إليه هذه المعلومات:

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

9 (أ). المعلومات المحددة التي سيتم الكشف عنها:

- السجلات الطبية من (أدخل التاريخ) إلى (أدخل التاريخ)
- السجلات الطبية بالكامل، بما يتضمن سجلات المريض والملاحظات المكتوبة (باستثناء ملاحظات العلاج النفسي) ونتائج الفحوص ودراسات الأشعة والأفلام والإحالات والاستشارات وسجلات تحرير الفواتير وسجلات التأمين والسجلات المرسله إليك من مقدمي الرعاية الصحية الآخرين.
- غير ذلك: \_\_\_\_\_ (حدد بكتابة الأحرف الأولى)

تفويض بمناقشة المعلومات الصحية  
علاج الكحول/المخدرات  
معلومات الصحة العقلية  
المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)

(ب)  من خلال التوقيع بالأحرف الأولى من اسمي هنا

فإنني أفوض \_\_\_\_\_  
اسم مقدم الرعاية الصحية الفردي

لمناقشة معلوماتي الصحية مع المحامي الخاص بي أو مع إحدى الوكالات الحكومية المدرجة هنا:  
مكتب خدمات الضحايا بولاية نيويورك

(اسم المحامي/مكتب المحاماة أو اسم الوكالة الحكومية)

10. سبب الكشف عن المعلومات:

بناءً على طلب الفرد لأغراض إثبات الأهلية لمخصصات مكتب خدمات الضحايا بولاية نيويورك.

12. إذا لم يكن المريض هو الذي سيوقع، فيكتب اسم الشخص الموقع على النموذج:

11. التاريخ أو الحدث الذي سينتهي فيه هذا التفويض.  
سينتهي سريان هذا التفويض عند انتهاء أهلية الفرد لمخصصات مكتب خدمات الضحايا.

13. صلاحية التوقيع نيابة عن المريض:

تم إكمال جميع فقرات هذا النموذج، وتمت الإجابة عن جميع أسئلتني المتعلقة به. بالإضافة إلى ذلك، فقد تم تزويدي بنسخة من النموذج.

التاريخ: \_\_\_\_\_

توقيع المريض أو الممثل المفوض من قبل القانون.

\* فيروس نقص المناعة البشرية الذي يُسبب مرض الإيدز (AIDS). يحمي قانون الصحة العامة الخاص بولاية نيويورك المعلومات التي قد تؤدي بصورة منطقية إلى تحديد هوية شخص ما بصفته مصابًا بأعراض أو عدوى فيروس HIV ويحمي أيضًا المعلومات المتعلقة بجهات الاتصال الخاصة بأي شخص.