

Comment déposer une demande d'indemnisation ?

Qui peut déposer une demande d'indemnisation ?

Les victimes innocentes d'un crime, ainsi que des proches, des personnes à charge, des tuteurs et des personnes admissibles ayant agi en « bons samaritains » peuvent déposer une demande au Bureau des services aux victimes (Office of Victim Services, OVS) afin d'obtenir une indemnisation des frais déboursés non couverts par les assurances ou par d'autres ressources.

Quels types de frais peuvent être indemnisés ?

L'OVS propose une indemnisation des frais liés aux blessures, au décès et à la perte de biens personnels essentiels.

Les frais concrets pouvant être couverts par l'OVS comprennent :

- les frais médicaux, pharmaceutiques et de soutien psychologique ;
- la perte de biens personnels essentiels (*jusqu'à 500 \$, y compris 100 \$ pour les liquidités*) ;
- les frais d'inhumation ou de funérailles (*jusqu'à 6 000 \$*) ;
- les pertes de rémunération ou de soutien financier (*jusqu'à 30 000 \$; les parents ou les tuteurs d'enfants mineurs hospitalisés peuvent être admissibles à cette indemnisation*) ;
- le transport (tribunal/soins médicaux) ;
- la réadaptation professionnelle ;
- les dispositifs de sécurité et les frais d'hébergement en cas de violence familiale ;
- le nettoyage de la scène de crime (*jusqu'à 2 500 \$*) ;
- les pertes de biens des personnes ayant agi en « bons samaritains » (*jusqu'à 5 000 \$*) ;
- les frais de déménagement (*jusqu'à 2 500 \$*).

Comment déposer une demande d'indemnisation ?

Envoyez-nous votre demande OVS dûment remplie ainsi qu'une copie des documents suivants :

- rapports de police ;
- factures médicales ;
- correspondance avec les compagnies d'assurance ou le régime d'assurance certifiant la couverture de vos pertes ;
- cartes d'assurance ;
- reçus des biens personnels essentiels ;
- certificat de décès et contrat d'assurance obsèques ;
- acte de naissance de la victime ;
- preuve de l'âge (permis de conduire, acte de naissance, etc.) ;
- documents de tutelle légale.

Que dois-je faire si je n'ai pas tous les documents demandés par l'OVS ?

Envoyez votre demande sans délai. Vous pouvez envoyer les documents manquants plus tard.

Que dois-je faire si mes biens ont été perdus, endommagés ou détruits en raison du crime ?

Si vous avez moins de 18 ans ou 60 ans ou plus, ou si vous êtes en situation de handicap ou blessé(e), vous pouvez déposer une demande d'indemnisation pour remplacer vos *biens personnels essentiels* ou liquidités qui n'étaient pas couverts par d'autres ressources.

Essentiel signifie nécessaire pour votre santé et votre bien-être, comme les lunettes de vue et les vêtements.

Que dois-je faire si je déménage ?

Envoyez sans délai une lettre signée à l'OVS. Indiquez-nous votre nouvelle adresse et votre nouveau numéro de téléphone. Faites-nous également savoir si votre adresse électronique change.

Qui peut signer la demande ?

En règle générale, c'est la victime qui doit signer la demande. Toutefois, si la victime a moins de 18 ans, ou si elle est physiquement ou mentalement incapable de signer, le tuteur/la tutrice légal(e) (la personne qui perçoit l'indemnisation) doit remplir la section 2 de la demande et signer cette dernière.

Si la victime est décédée, la personne qui dépose la demande d'indemnisation doit remplir la section 2 de la demande et signer cette dernière.

Existe-t-il un autre moyen de déposer une demande ?

Oui. Rendez-vous sur ovs.ny.gov pour accéder au Portail de soutien aux victimes (Victim Service Portal, VSP), puis remplissez une demande en ligne.

Est-ce que je dois remplir le formulaire HIPAA joint ?

Oui. Remplissez un formulaire sur la loi relative à la transférabilité de l'assurance maladie et la responsabilité des assureurs (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) pour **chaque** prestataire de services. Vous pouvez photocopier un formulaire vierge pour créer des exemplaires supplémentaires.

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

Informations sur la restitution ordonnée par le tribunal

Qu'est-ce que la restitution ?

La restitution est une indemnisation versée à la victime par l'auteur d'une infraction criminelle en compensation des pertes ou blessures subies du fait de l'infraction criminelle. Elle doit être ordonnée par le tribunal au moment de la condamnation et est considérée comme partie intégrante de la sentence.

La restitution n'est **PAS** un versement visant à compenser les pertes ultérieures, l'angoisse mentale ou le préjudice moral.

Si le Bureau du ou de la procureur du district (District Attorney, DA) informe le tribunal que vous avez demandé une restitution, ou si la déclaration de la victime contenue dans le rapport d'enquête de l'agent de probation (rapport de présence, de préplaidoyer ou de prédisposition) indique que la victime sollicite une restitution, le tribunal doit ordonner la restitution, sauf disposition contraire imposée par les intérêts de la justice. Si le ou la juge n'ordonne pas de restitution, il ou elle doit énoncer clairement ses motifs dans le dossier.

Que puis-je demander comme restitution ?

Vous pouvez demander la restitution de toute dépense encourue en raison de l'infraction criminelle, y compris celle d'articles que l'OVS peut ne pas être en mesure de rembourser. La restitution peut comprendre, entre autres, le remboursement des factures médicales, des dépenses de soutien psychologique, du manque à gagner, des frais d'obsèques et des franchises d'assurance, et le remplacement des biens volés ou endommagés.

Qui est en droit de demander une restitution ?

Toute personne ayant été victime d'une infraction criminelle et ayant subi des blessures, des pertes économiques ou des dommages peut demander une restitution. Souvent, les victimes qui ont droit à une restitution n'en déposent pas la demande. Cela peut être dû au fait que les victimes ne savent pas qu'elles y ont droit ou qu'elles ne connaissent pas les démarches à suivre pour en bénéficier.

Comment puis-je demander une restitution ?

Vous devez contacter le bureau du ou de la DA et l'informer de l'étendue de vos blessures, des frais déboursés et du montant des dommages pour lesquels vous déposez une demande.

Vous avez la responsabilité de fournir à la police, au ou à la DA et, à sa demande, au département local de probation, les copies des factures et autres documents présentant l'étendue de vos blessures, des frais déboursés et le montant des dommages que vous souhaitez que le tribunal prenne en compte. Votre demande de restitution sera incluse dans tout rapport d'enquête de probation (rapport de présence, de préplaidoyer ou de prédisposition). Veillez à :

- conserver des relevés précis, comme les originaux des reçus de toutes les dépenses que vous avez encourues et qui sont une conséquence directe de l'infraction criminelle ;
- transmettre des copies de ces reçus à la police, au ou à la DA et au département de probation local.

Vous devez expliquer clairement et dès que possible au ou à la DA, à l'avocat(e) de la victime ou du témoin et au département de probation les raisons pour lesquelles vous avez besoin d'une restitution. Des accords de plaidoyer peuvent avoir lieu dans les jours suivant l'infraction criminelle. Si ces informations ne sont pas fournies avant l'accord de plaidoyer et la condamnation, il se peut que vous deviez poursuivre l'auteur de l'infraction devant le tribunal civil.

Le ou la DA est soumis(e) à l'obligation d'adresser une requête au tribunal pour que celui-ci ordonne une restitution en votre faveur.

Dans tous les cas de délits majeurs, dans de nombreux cas de délit mineur et dans tous les cas de délinquance juvénile et de personnes devant faire l'objet d'une supervision (Persons In Need of Supervision, PINS), un rapport d'enquête de présence ou de prédisposition est obligatoire. Le département de probation local vous contactera au sujet de la restitution relative à votre dossier.

Comment la restitution est-elle déterminée ?

Le montant de la restitution est calculé en fonction des justificatifs des frais encourus en raison de l'infraction criminelle. L'auteur de l'infraction a le droit de formuler une objection quant au montant de la restitution. Le tribunal peut tenir une audition au sujet de la restitution, pendant laquelle il peut examiner la capacité de payer de l'auteur de l'infraction. Le bureau du ou de la DA peut vous contacter et vous demander de témoigner à l'audition de restitution. Si le fait de comparaître en personne au tribunal vous inquiète, vous devriez envisager d'autres solutions avec le ou la DA affecté à votre dossier.

Si l'OVS a payé vos factures, le tribunal peut ordonner la restitution des paiements à l'OVS pour ces dépenses. Il est important que vous préveniez le bureau du ou de la DA que vous avez déposé une demande auprès de l'OVS.

Si vous avez déposé une demande auprès de l'OVS, il est important que vous préveniez ce dernier si le tribunal ordonne à l'auteur de l'infraction de verser une restitution.

Lisez
Comment déposer
une demande
d'indemnisation ? avant
de remplir ce formulaire.

Demande d'indemnisation

Bureau des services aux victimes de l'État de New York



Veuillez écrire en caractères d'imprimerie. Répondez à toutes les questions. *Le dépôt d'une fausse réclamation est un délit.*

Réservé au programme d'assistance aux victimes (Victim Assistance Program, VAP)

N° OVS VAP	Nom/numéro de téléphone du programme	Nom/adresse électronique de l'avocat(e)
------------	--------------------------------------	---

1. Informations sur la victime.

Nom de famille	Prénom	Initiale du 2 ^e prénom	Numéro de Sécurité sociale <input type="checkbox"/> Cochez cette case si vous n'en avez pas. ____ - ____ - ____	Date de naissance
----------------	--------	-----------------------------------	---	-------------------

Adresse postale :

Rue	N° d'appart. (ou boîte postale)	Ville	Comté	État (ou pays étranger)	Code postal
-----	---------------------------------	-------	-------	-------------------------	-------------

Race/origine ethnique : Blanc(he) Noir(e) Hispanique Amérindien(ne)/autochtone de l'Alaska Indien(ne) d'Asie Chinois(e)
 Japonais(e) Philippin(e) Coréen(ne) Vietnamiens(ne) Bangladais(e) Pakistanais(e) Guamanien(ne)
 Chamorro Samoan(e) Autochtone d'Hawaï Autre Multi-origine

État civil : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf/veuve Vit avec un(e) partenaire

Genre : Homme Femme X
 Je préfère ne pas répondre.

La victime était-elle en situation de handicap au moment du crime ?
 Oui Non Inconnu

Comment avez-vous entendu parler pour la première fois du Bureau des services aux victimes ?

Police Hôpital Procureur du district Programme d'assistance aux victimes Radio/télé Brochure/affiche Internet Autre

2. Si vous n'êtes pas la victime et que vous signez cette demande, vous êtes considéré(e) comme étant le demandeur/la demandeuse. Vos informations personnelles. (Lisez « Qui peut signer la demande ? » à la page des instructions.)

Nom de famille	Prénom	Initiale du 2 ^e prénom	Numéro de Sécurité sociale <input type="checkbox"/> Cochez cette case si vous n'en avez pas. ____ - ____ - ____	Date de naissance
----------------	--------	-----------------------------------	---	-------------------

Adresse postale :

Rue	N° d'appart. (ou boîte postale)	Ville	Pays	État (ou pays étranger)	Code postal
-----	---------------------------------	-------	------	-------------------------	-------------

Quel est votre lien avec la victime ? (Cochez **une seule** case.)

Parent Époux/épouse Enfant Tuteur/tutrice légal(e) Procureur Autre (précisez) _____

3. Informations sur le crime. (Cochez **une seule** case.)

La victime est décédée pour la raison suivante :

- Véhicule motorisé (conduite sous l'empire d'un état alcoolique [Driving Under the Influence, DUI]/ Conduite en état d'ébriété [Driving While Intoxicated, DWI])
- Véhicule motorisé (autre)
- Terrorisme
- Incendie criminel
- Traite d'êtres humains
- Autre homicide

La victime a été blessée pour la raison suivante :

- Agression
- Agression sexuelle
- Mauvais traitement à enfant/négligence
- Abus sexuels sur enfant
- Véhicule motorisé (DUI/DWI)
- Véhicule motorisé (hors DUI/DWI)
- Pornographie infantile
- Harcèlement
- Enlèvement
- Terrorisme
- Incendie criminel
- Braquage
- Traite d'êtres humains

Autre (précisez) : _____

La victime a perdu ses biens personnels essentiels pour la raison suivante :

- Cambriolage
- Incendie criminel
- Véhicule motorisé (DUI/DWI)
- Actes de malveillance
- Véhicule motorisé (hors DUI/DWI)
- Fraude/criminalité financière
- Traite d'êtres humains
- Braquage (sans blessures)

Autre (précisez) : _____

Où s'est déroulé le crime ? (Cochez **une seule** case.) Travail Résidence privée Immeuble d'habitation Voie publique
 Métro/bus Parking Restaurant/bar École/enceinte scolaire Centre commercial Autre (précisez) : _____

Le crime est-il lié à de la violence familiale ? Oui Non Inconnu
 Le crime est-il lié à du harcèlement ? Oui Non Inconnu
 Le crime est-il lié à un mauvais traitement/une négligence des personnes âgées ? Oui Non Inconnu
 Le crime était-il un crime haineux ? Oui Non Inconnu
 La victime conduisait-elle un véhicule de livraison au moment du crime ? Oui Non Inconnu
 Les biens de la victime ont-ils été perdus ou endommagés en essayant d'éviter ou d'arrêter un crime à l'encontre de quelqu'un d'autre ou en aidant les autorités à arrêter le crime ? Oui Non

N° de rapport criminel : _____ justice pénale où le crime a été signalé : _____

Comté où s'est déroulé le crime : _____ Date du crime : _____ Date à laquelle le crime a été signalé : _____

Si plus de sept jours se sont écoulés entre la date du crime et la date à laquelle le crime a été signalé, précisez-en la raison : _____

Si plus d'un an s'est écoulé entre la date du crime et la date à laquelle vous remplissez cette demande, précisez-en la raison : _____

Décrivez le crime dans vos propres termes : _____

4. Informations sur le suspect. Nom du suspect (si vous le connaissez) : _____

- Le suspect a-t-il été arrêté pour ce crime ? Oui Non
- Le suspect a-t-il fait l'objet de poursuites judiciaires pour ce crime ? Oui Non Pas encore
- Le suspect vit-il dans le même logement que la victime OU est-il un membre de la famille de la victime ? Oui Non
- Le tribunal a-t-il émis une ordonnance de protection dans ce dossier ? Oui Non (Si oui, joignez une copie.)
- Le ou la DA a-t-il demandé au tribunal d'ordonner une restitution ? Oui Non Pas encore
- Le tribunal a-t-il ordonné au suspect de payer une restitution ? Oui (montant en \$ _____) Non Pas encore

REMARQUE : si vous êtes admissible à une indemnisation, l'OVS peut être en mesure de rembourser les dépenses énumérées ci-dessous. Ces éléments devraient également être demandés dans le cadre de la restitution ordonnée par le tribunal. Les demandeurs sont encouragés à partager ces informations avec les procureurs en cas d'acte criminel. Reportez-vous à la page « Informations sur la restitution ordonnée par le tribunal » pour obtenir des informations importantes au sujet de la restitution.

5. Informations sur vos dépenses en lien avec le crime. (Cochez toutes les réponses applicables.)

- Frais médicaux/ambulance Perte de soutien financier (pour les déclarations de décès uniquement) Pertes de rémunération Transport personnel
- Nettoyage de la scène de crime Professionnel/réinsertion Centre d'hébergement de victimes de violence familiale Frais médicaux/conseils
- Dispositif/système de sécurité Funérailles/inhumation Déménagement/entreposage Tribunal
- Conseils Biens personnels essentiels Perte d'économies
- Autre (précisez) : _____

6. Énumérez tout bien personnel essentiel, comme les liquidités, les lunettes de vue ou les vêtements, qui doivent être remplacés à cause de ce crime. (Si aucun bien ne doit être remplacé, passez à la question 7.)

Décrivez ce qui a été perdu/endommagé :	Coût	Décrivez ce qui a été perdu/endommagé :	Coût
1.	\$	4.	\$
2.	\$	5.	\$
3.	\$	6.	\$

Compagnie d'assurance du propriétaire/locataire	Numéro de police ou d'identification	Franchise
		\$
Compagnie d'assurance automobile/autre	Numéro de police ou d'identification	Franchise
		\$

— S'il n'y a pas eu de blessures et que vous demandez uniquement une indemnisation pour des biens personnels essentiels, passez à la question 15. —

7. Informations sur l'emploi et les assurances de la victime ou de ses parents en ce qui concerne le manque à gagner. Si vous ne voulez pas que nous prenions contact avec votre employeur, vous ne pouvez pas demander à être remboursé(e) pour le manque à gagner (passez à la question 8).

- La victime/le parent de la victime mineure hospitalisée était-elle/il employé(e) au moment du crime ? Oui Non (Si Non, passez à la question 8.)
- La victime/le parent de la victime mineure hospitalisée a-t-elle/il été absent(e) au travail à cause du crime ? Oui Non
- La victime/le parent avait-elle/il une activité indépendante ? Oui Non (Si Oui, joignez une copie de la déclaration de revenus de l'année dernière et toutes les annexes.)

Nom, adresse et numéro de téléphone de l'employeur :

 Employeur Rue Ville État Code postal N° de téléphone ()

Nom, adresse et numéro de téléphone de l'autre employeur :

 Employeur Rue Ville État Code postal N° de téléphone ()

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin qui a certifié que la victime ne pouvait pas se rendre au travail :

()
 Médecin Rue Ville État Code postal N° de téléphone

Informations sur toute compagnie d'assurance qui couvrira le temps perdu de la victime à son travail. (S'il n'y a aucune information à fournir, écrivez « Aucune » ci-dessous et passez à la question 8.)

	Numéro de police ou d'identification ou « Aucune »		Numéro de police ou d'identification ou « Aucune »
1. Assurance-chômage		5. Indemnités pour accident du travail	
2. Assurance invalidité		6. Autre assurance	
3. Régime de retraite		7. Prestations de Sécurité sociale (numéro de Sécurité sociale [Social Security Number, SSN] obligatoire)	SSN ____-____-____
4. Autre assurance		8. Allocation de revenu supplémentaire de Sécurité (Supplemental Security Income, SSI) (SSN obligatoire)	SSN ____-____-____

8. En cas de décès de la victime, remplissez la partie ci-dessous si vous avez engagé des frais d'inhumation. (Sinon, passez à la question 9.)

Joignez également une copie du contrat de l'entreprise des pompes funèbres, les autres factures liées aux frais d'inhumation et une photocopie du certificat de décès, si vous les avez.

Nom de l'entreprise des pompes funèbres : _____ N° de téléphone : () _____

Adresse : _____
 Rue Ville État Code postal

9. Si la victime a été blessée ou est décédée en raison de ce crime, remplissez la partie ci-dessous.

Décrivez brièvement les blessures de la victime : _____

La victime a-t-elle reçu des soins médicaux ? Oui Non (Si **Non**, passez à la question 10.)

Informations sur les prestataires de santé qui ont soigné la victime pour des blessures en lien avec ce crime :

	Nom complet	Adresse complète	Numéro de téléphone
Premier hôpital	_____	_____	() _____
Autre hôpital	_____	_____	() _____
Premier médecin (pas en hôpital)	_____	_____	() _____
Autre médecin	_____	_____	() _____
Premier dentiste	_____	_____	() _____
Professionnel assurant le soutien psychologique de la victime	_____	_____	() _____

10. Informations sur les personnes à charge ou autres personnes qui dépendent du soutien de la victime. (S'il n'y a aucune personne, passez à la question 11.)

Personne à charge	Nom	Numéro de Sécurité sociale ____-____-____	Date de naissance	Lien avec la victime
	Adresse			Êtes-vous le tuteur/la tutrice légal(e) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre personne à charge	Nom	Numéro de Sécurité sociale ____-____-____	Date de naissance	Lien avec la victime
	Adresse			Êtes-vous le tuteur/la tutrice légal(e) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre personne à charge	Nom	Numéro de Sécurité sociale ____-____-____	Date de naissance	Lien avec la victime
	Adresse			Êtes-vous le tuteur/la tutrice légal(e) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si il y a plus de trois personnes à charge, joignez une feuille volante et cochez cette case :

11. Quelqu'un d'autre que la victime a-t-il bénéficié d'un soutien psychologique en raison de ce crime ? (Si Non, passez à la question 12.)

Qui a bénéficié d'un soutien psychologique ?	Lien avec la victime	Compagnie d'assurance facturée pour le soutien psychologique	Numéro de police ou d'identification
Nom, adresse et numéro de téléphone du professionnel assurant le soutien psychologique :			
Qui d'autre a bénéficié d'un soutien psychologique ?	Lien avec la victime	Compagnie d'assurance facturée pour le soutien psychologique	Numéro de police ou d'identification
Nom, adresse et numéro de téléphone du professionnel assurant le soutien psychologique :			

Si plus de deux personnes ont bénéficié d'un soutien psychologique en raison de ce crime, cochez cette case et joignez une description sur une feuille volante.

12. Énumérez toute assurance couvrant la victime ou les personnes à charge de la victime. S'il n'y a pas d'assurance, écrivez « Aucune » ci-dessous. Si vous avez déposé une demande mais que vous n'êtes pas encore couvert(e), écrivez « En cours » dans la colonne Numéro de police ou d'identification.

	N° de police ou d'identification	Nom de la ou des personnes couvertes par cette assurance
Nom de l'assurance principale		
Compagnie d'assurance maladie principale		
Autre assurance (syndicat, dentaire, optique, etc.)		
Medicare		
Medicaid		
Indemnités pour accident du travail		
Assurance automobile		
Autre assurance		

13. Si la victime est décédée, donnez-nous des informations sur toute assurance-vie ou allocation de décès (Death Benefit). (Si la victime n'est pas décédée, ou n'a pas d'assurance-vie ou d'allocation de décès, passez à la question 14.)

	Nom de l'entreprise	Adresse	Numéro de téléphone	N° de police ou d'identification
Assurance vie	_____	_____	() _____	_____
Régime de retraite	_____	_____	() _____	_____
Autre Assurance/régime	_____	_____	() _____	_____
Medicaid	_____	_____	() _____	_____
Indemnités pour accident du travail	_____	_____	() _____	_____

Indiquez ici toute autre assurance ou allocation de décès : _____

Une de ces polices d'assurance couvre-t-elle les frais d'inhumation de la victime ? Oui Non

Quelqu'un a-t-il déposé une demande d'allocation de décès auprès de la Sécurité sociale ? Oui Non

14. Informations sur votre situation financière. Vous DEVEZ remplir TOUTES les sections ci-dessous. Si vous n'avez rien à remplir, écrivez zéro (0).

Combien de personnes à charge avez-vous ? _____

Quels sont vos revenus annuels totaux (TOUTES les sources) ? En cas de doute, faites une estimation _____ \$

Énumérez TOUS vos actifs et TOUTES vos dettes ci-dessous. En cas de doute, faites une estimation. Joignez des pages supplémentaires au besoin.

Vos actifs : si vous n'avez rien à remplir, écrivez zéro (0).		Vos dettes : combien devez-vous à ce jour ?	
Économies, actions, obligations	\$ _____		Si vous n'avez rien à remplir, écrivez zéro (0).
Biens immobiliers (maison, etc.)	\$ _____	Prêt immobilier	\$ _____
Produits d'assurance vie	\$ _____	Prêts	\$ _____

15. Est-ce qu'un(e) avocat(e) privé(e) (hors DA) vous représente ? Oui Non

Si Oui :

Nom de l'avocat(e) Adresse Numéro de téléphone ()

16. Autorisation de parler aux représentants

Si vous souhaitez autoriser un membre de la famille, un ami ou une autre personne à parler à l'OVS au sujet de votre demande, indiquez-le ici :

Nom de la personne Adresse Numéro de téléphone ()

17. Autorisation de la victime ou du demandeur/de la demandeuse

JE RECONNAIS que le fait d'accepter une subvention de la part du Bureau des services aux victimes (OVS) crée un lien en faveur de l'État de New York pour tout recouvrement relatif au crime sur lequel est fondée cette demande, y compris tout jugement, règlement ou paiement d'un ordre de restitution. J'autorise par ailleurs le directeur de l'entreprise des pompes funèbres, le ou la procureur, l'employeur, la police ou toute autorité publique, la compagnie d'assurance ou toute personne ayant fourni des services à la personne susmentionnée, ou ayant connaissance de ceux-ci, à fournir à l'OVS ou à ses représentants les informations suivantes : indemnités pour accidents du travail, informations en lien avec le crime, ou toute blessure ou tout décès subis en raison du crime, et informations en lien avec cette demande. Si une subvention est accordée, j'autorise l'OVS à effectuer les paiements directement au prestataire de services. J'autorise également l'OVS à partager mes informations et dossiers compilés de cette demande avec le programme d'assistance aux victimes figurant sur cette demande ou toute entité gouvernementale locale établie dans l'État de New York pour aider les victimes de crimes afin que le VAP ou l'entité gouvernementale locale assiste l'OVS dans le traitement de ma demande et dans son examen. Si un(e) avocat(e) privé(e) a été indiqué(e) plus haut, j'autorise également l'OVS à partager mes informations et dossiers compilés de cette demande avec l'avocat(e), pour qu'il/elle puisse agir en qualité de représentant(e) pour mon compte. Je comprends qu'un avis de comparution (Notice of Appearance) de la part de mon avocat(e) sera nécessaire en plus de cette autorisation. Si un membre de la famille, un ami ou une autre personne est indiqué(e) ci-dessus, j'autorise l'OVS à partager mes informations et dossiers compilés de cette demande avec cette personne, pour qu'elle puisse m'assister dans cette demande.

Une photocopie de cette autorisation sera considérée comme aussi effective que l'original.

▶ _____
Signature du demandeur/de la demandeuse Date Numéro de téléphone en journée ()

Adresse électronique : _____

Langue que vous préférez parler : Anglais Espagnol Chinois
Arabe Créole haïtien Italien Coréen Russe Yiddish
Bengali Français Urdu
Autre : _____

Interprète nécessaire : Oui Non

Pour le traitement de votre demande, envoyez-nous les documents suivants par courrier postal. (Veuillez en conserver un exemplaire dans vos dossiers.)

- toutes les factures et tous les reçus pour les prestations de services énumérées dans ce formulaire ;
- votre formulaire dûment rempli et signé ;
- un formulaire HIPAA dûment rempli pour chaque prestataire de service énuméré dans ce formulaire (vous pouvez photocopier le formulaire HIPAA) ;
- les courriers de tous les assureurs refusant ou autorisant le paiement des services énumérés dans ce formulaire.

Rappel : vous devez facturer votre compagnie d'assurance ou votre régime d'assurance **avant** que l'OVS ne puisse payer.

Envoyez vos documents par courrier postal à : New York State Office of Victim Services
AE Smith Building
80 S. Swan Street
Albany, NY 12210-8002



AUTORISATION DE COMMUNICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES CONFORMÉMENT À LA LOI SUR LA TRANSFÉRABILITÉ DE L'ASSURANCE MALADIE ET LA RESPONSABILITÉ DES ASSUREURS (HIPAA)
[Ce formulaire a été approuvé par le Département de la santé de l'État de New York
(New York State Department of Health)]

Nom du/de la patient(e)	Date de naissance	Numéro de Sécurité sociale XXX-XX-__
Adresse du/de la patient(e)		

Je demande, ou mon/ma représentant(e) légal(e) autorisé(e) demande, que les informations concernant mes soins et mon traitement soient divulguées comme établies dans ce formulaire :

Conformément à la loi de l'État de New York et à la Règle de confidentialité de la loi américaine de 1996 (HIPAA), je comprends que :

- Cette autorisation peut inclure la divulgation d'informations relatives à un traitement contre **L'ALCOOLISME, LA TOXICOMANIE OU UN TROUBLE DE LA SANTÉ MENTALE**, à l'exception des notes de psychothérapie, ainsi que des **INFORMATIONS CONFIDENTIELLES RELATIVES AU VIH*** uniquement si je paraphe à la ligne correspondante du point 9(a). Dans le cas où les informations médicales décrites ci-dessous comprennent ces types de renseignements, en reportant mon paraphe sur la ligne prévue à cet effet au point 9(a), j'autorise expressément leur communication aux personnes indiquées au point 8.
- Dans le cas où j'autoriserais la communication d'informations relatives à un traitement contre le VIH, l'alcoolisme, la toxicomanie ou un trouble de la santé mentale, le/la destinataire de ces informations n'est pas autorisé(e) à les divulguer à son tour sans mon autorisation, à moins que la loi fédérale ou étatique ne l'autorise à le faire. Je comprends que j'ai le droit de demander la liste des personnes susceptibles de recevoir ou d'utiliser mes informations relatives au VIH sans autorisation. Si je suis victime de discrimination suite à la divulgation ou la communication de mes informations relatives au VIH, je peux prendre contact avec la Division des droits de l'homme de l'État de New York (New York State Division of Human Rights) au 212 480 2493 ou avec la Commission des droits de l'homme de la ville de New York (New York City Commission of Human Rights) au 212 306 7450. Ces organismes ont pour mission de protéger mes droits.
- J'ai le droit de révoquer cette autorisation à tout moment en écrivant au prestataire de soins de santé indiqué ci-dessous. Je comprends que je peux révoquer la présente autorisation, sauf pour les mesures qui ont déjà été prises en vertu de celle-ci.
- Je comprends que la signature de cette autorisation est volontaire. Mon traitement médical, le paiement de mes soins de santé, ma souscription à un régime d'assurance ou mon admissibilité à recevoir des prestations ne seront pas subordonnés à mon autorisation de cette divulgation.
- Les renseignements divulgués en vertu de cette autorisation peuvent être à nouveau divulgués par le bénéficiaire (sauf dans les cas prévus ci-dessus au point 2), et ces renseignements à nouveau divulgués peuvent ne plus être protégés par la législation fédérale ou étatique.
- LA PRÉSENTE AUTORISATION NE VOUS AUTORISE PAS À DISCUTER DES INFORMATIONS RELATIVES À MON ÉTAT DE SANTÉ OU DE MES SOINS MÉDICAUX AVEC QUICONQUE AUTRE QUE LE OU LA PROCUREUR OU L'ORGANISME GOUVERNEMENTAL TELS QUE SPÉCIFIÉS AU POINT 9(b).**

7. Nom et adresse du prestataire de soins de santé ou de l'entité qui communique ces informations :	
8. Nom et adresse de la ou des personnes ou catégories de personnes à qui ces informations seront envoyées : NYS OFFICE OF VICTIM SERVICES – AE SMITH BLDG., 80 S. SWAN ST., ALBANY, NY 12210-8002	
9(a). Informations précises à communiquer :	
<input type="checkbox"/> Dossier médical du (indiquez la date) _____ au (indiquez la date) _____	
<input type="checkbox"/> Le dossier médical complet, y compris les historiques du/de la patient(e), les notes de bureau (à l'exception des notes de psychothérapie), les résultats d'examen, les études radiologiques, les films, les recommandations, les consultations, les relevés de facture, les dossiers d'assurance et les dossiers qui vous sont envoyés par d'autres prestataires de soins de santé.	
<input type="checkbox"/> Autre : _____	Y compris : (indiquez en paraphant) _____ Traitement pour alcoolisme/toxicomanie _____ Informations sur la santé mentale _____ Informations relatives au VIH
Autorisation à discuter des informations médicales	
(b) <input type="checkbox"/> En paraphant ici, _____ j'autorise _____ Paraphe Nom du prestataire de soins de santé de la personne à discuter de mes informations médicales avec mon ou ma procureur, ou un organisme gouvernemental, spécifiés ici : BUREAU DES SERVICES AUX VICTIMES DE L'ÉTAT DE NEW YORK _____ (Nom du ou de la procureur/du cabinet ou nom de l'organisme gouvernemental)	
10. Motif de la divulgation des informations : À la demande de la personne, aux fins d'établissement de l'admissibilité aux indemnisations du Bureau des services aux victimes de l'État de New York.	11. Date ou événement qui marquera l'expiration de cette autorisation : Cette autorisation expirera au terme de l'admissibilité de la personne aux indemnisations du Bureau des services aux victimes.
12. Nom du signataire, s'il ne s'agit pas du/de la patient(e) :	13. Personne autorisée à signer au nom du/de la patient(e) :

Tous les paragraphes de ce formulaire ont été dûment remplis et la personne a répondu à mes questions concernant ce formulaire. En outre, un exemplaire de ce formulaire m'a été remis.

Date : _____

Signature du/de la patiente ou de son/sa représentant(e) autorisé(e) par la loi.

* Le virus de l'immunodéficience humaine à l'origine du SIDA. La loi de santé publique de l'État de New York (New York State Public Health Law) protège les informations qui pourraient raisonnablement identifier une personne comme étant atteinte du VIH ou présentant les symptômes associés au VIH, ainsi que les informations concernant les contacts d'une personne.