

## 피해 보상 신청 방법

### 누가 피해 보상을 신청할 수 있습니까?

무고한 범죄 피해자, 특정 친인척, 피부양자, 법정 후견인 및 선한 사마리아인은 피해자 서비스국(Office of Victim Services, OVS)에 보험 및 여타 자원으로 보상받지 못하여 자비로 지급한 경비 보상을 신청할 수 있습니다.

### 어떤 경비를 보상받을 수 있습니까?

OVS에서는 개인 상해, 사망 및 필수 개인 재산의 손실 등과 관련한 보상을 제공합니다.

OVS에서 취급하는 경비의 구체적인 예

- 의료비, 약값 및 상담비
- 필수 개인 재산 손실(최고 \$500, 현금 \$100 포함)
- 매장 또는 장례비(최고 \$6,000)
- 급여 손실 또는 지원금 손실(최고 \$30,000) (미성년 아동이 입원한 경우 그 부모나 후견인이 이 수당을 받을 자격에 부합할 수 있습니다.)
- 교통비(법원/병원)
- 직업 재활(재교육)
- 보안 장치 및 DV 보호소 이용비
- 범죄 현장 청소(최고 \$2,500)
- 선한 사마리아인 재산 손실(최고 \$5,000)
- 이사비(최고 \$2,500)

### 피해 보상은 어떻게 신청합니까?

작성을 마친 OVS 신청서와 다음 서류의 사본을 보내주세요.

- 경찰 조서
- 의료비 청구서
- 보험사와 주고받은 서신 또는 보험사 측에서 손실을 보상해주기로 했다는 수당 상품 안내서
- 보험증
- 필수 개인 재산 영수증
- 사망 증명서 및 장의사 계약서
- 피해자 출생증명서
- 연령 증명 서류(운전면허증, 출생증명서 등)
- 법정 후견 관련 서류

### OVS에서 요구하는 서류 중 없는 서류가 있는 경우에는 어떻게 합니까?

바로 신청서부터 보내주세요. 다른 서류는 나중에 보내도 됩니다.

### 범죄가 발생한 탓에 제 재산을 잃거나, 피해가 발생하거나 파손된 경우에는 어떻게 합니까?

18세 미만이거나 60세 이상인 경우, 장애가 있거나 상해를 입은 경우, 여타 자원으로 보상되지 않는 필수 개인 재산 교체 비용을 위한 수당이나 현금을 신청할 수 있습니다.

필수란 안경이나 의류와 같이 소유자의 건강과 복지를 위해 필요한 것을 말합니다.

### 이사를 하면 어떻게 합니까?

곧바로 OVS에 서명한 편지를 보내주세요. 새 주소와 전화번호를 알려주시면 됩니다. 이메일 주소가 바뀌는 경우에도 알려주세요.

### 청구서에는 누가 서명합니까?

보통은 피해자 본인이 청구서에 서명합니다. 다만 피해자가 18세 미만이거나 신체적, 정신적으로 서명이 불가능한 상태인 경우에는 법정 후견인(수당을 받는 인물)이 청구서 섹션 2를 작성하고 청구서에 서명해야 합니다.

피해자가 사망한 경우, 수당을 신청하는 사람이 청구서 섹션 2를 작성하여 청구서에 서명해야 합니다.

### 다른 신청 방법도 있습니까?

예. ovs.ny.gov에서 안전한 피해자 서비스 포털(Victim Service Portal, VSP)에 액세스하여 온라인으로 신청서를 제출해주세요.

### 첨부된 HIPPA 양식도 작성해야 합니까?

예. 각각의 서비스 공급자마다 HIPPA 양식을 한 부씩 작성해주세요. 빈 양식을 복사해 추가로 사본을 만들 수 있습니다.

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

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

ovs.ny.gov

800-247-8035

## 법원 명령 배상 정보

### 배상(restitution)이 무엇입니까?

배상(Restitution)은 범죄 행위를 저지른 범인이 그러한 범죄 행위의 결과로 발생한 손실이나 손해에 대하여 피해자에게 지급하는 보상을 말합니다. 법원에서 형을 선고할 때 명령해야 하며, 형의 일부분으로 간주합니다.

배상은 향후 발생할 손실, 심적 고통이나 "정신적 고통"에 대한 피해 보상 명목으로 지급하는 것이 **아닙니다**.

지방 검사(DA) 측에서 법원에 피해자가 배상을 요청했다고 알리거나 보호 관찰 수사 보고서(형 선고 전, 답변서/사유서 제출 전 또는 처분(disposition) 전)에 포함된 피해자 피해 진술문에서 피해자가 배상을 원한다고 기재된 경우, 법원은 정당한 사유로 달리 결정할 이유가 없는 한 반드시 배상을 명령해야 합니다. 판사가 배상을 명령하지 않는 경우, 판사는 그 이유를 명확하게 기록에 명시해야 합니다.

### 무엇을 배상으로 요청하면 됩니까?

범죄 행위의 결과로 발생한 각종 경비는 무엇이든 요청하면 됩니다. OVS에서는 환급받지 못할 가능성이 있는 품목이라도 가능합니다. 배상 대상에는 의료비 청구서 환급, 상담 비용, 소득 손실, 장례비, 보험 공제액 및 도난당하거나 훼손된 재산 교체 비용 등을 포함하며 여기에 국한되지 않습니다.

### 배상 받을 권리가 있는 사람은 누구입니까?

누구든 범죄 행위로 피해를 본 사람으로서 상해, 경제적 손실이나 피해를 경험했다면 배상을 신청할 수 있습니다. 대다수의 경우, 배상받을 자격에 되는 피해자가 배상을 요청하지 않습니다. 이는 피해자가 자신이 배상받을 권리가 있다는 사실을 모르기 때문일 수도 있고, 받을 만한 배상을 받기 위해 어떤 단계를 밟아야 하는지 모르기 때문이기도 합니다.

### 배상은 어떻게 신청합니까?

지방 검사실에 문의하여 상해 정도, 자비로 지출한 손실 및 요청하고자 하는 피해 보상 금액 등을 알려주십시오.

경찰, DA 및 지역 보호 관찰국(요청 시)에 청구서 및 여타 서류를 제시하여 상해 정도, 자비로 지출한 손실 및 법원에서 고려해주시기를 바라는 피해 보상 금액 등을 알리는 것은 **피해자의 책임**입니다. 배상 청구는 각종 보호 관찰 수사 보고서(선고 전, 답변서/사유서 제출 전 또는 처분(disposition) 전 보고서)에 포함됩니다. 유의 사항:

- 범죄 행위의 직접적인 결과로 발생한 각종 경비의 영수증 원본 등과 같이 정확한 기록을 보관해야 합니다.
- 이러한 영수증 사본을 경찰, DA 및 지역 보호 관찰국에 제출해주시십시오.

DA, 피해자/증인 변호인과 보호 관찰국에 최대한 빨리 배상이 필요하다는 점을 명확하게 설명해야 합니다. 실제 범죄 행위가 발생하고 며칠 안에 유죄담변 합의가 이루어질 수도 있습니다. 이 정보를 유죄담변 합의 및 형 선고 전에 제공하지 않으면 민사 법원에서 범인에게 소송을 제기해야 할 수 있습니다.

DA에는 피해자를 대신하여 법원에 배상 명령을 청원할 의무가 있습니다.

모든 중범죄 형사 사건, 대다수의 경범죄 형사 사건 및 모든 청소년 범죄와 감독 대상 인물(Persons in Need of Supervision, PINS) 사건의 경우 형 선고 전 또는 처분 전 수사 보고서가 필요합니다. 지역 보호 관찰국에서 피해자의 사건과 관련되는 배상 문제에 관하여 피해자에게 연락을 취합니다.

### 배상은 어떻게 결정됩니까?

배상 금액은 범죄 행위의 결과로 피해자가 자비로 지출한 금액의 발생 증빙 서류에 따라 결정됩니다. 범인에게는 배상 금액에 이의를 제기할 권리가 있습니다. 법원은 배상 사안에 대하여 심리를 개최할 수 있으며 여기에서 범인의 지급 능력을 고려할 수 있습니다. DA 사무실에서 피해자에게 연락하여 배상 심리에서 증언을 요청할 수 있습니다. 법원에 직접 출석하는 것이 우려되는 경우, 사건을 배정받은 담당 DA와 대안을 알아보는 것이 좋습니다.

OVS에서 청구서 금액을 지급한 경우, 법원에서 배상 금액을 그와 같이 기지급한 품목에 대해 OVS 측에 지급하도록 명령할 수도 있습니다. DA 측에 OVS에 청구서를 제출했다는 사실을 알리는 것이 중요합니다.

OVS에 청구서를 제출한 경우, OVS에 법원에서 범인에게 배상금을 지급하라고 명령했는지 알려야 합니다.

이 양식을 작성하기에  
앞서 **피해 보상  
신청 방법**을 잘  
읽어보시기 바랍니다.

# 피해 보상 신청서

## 뉴욕주 피해자 서비스국 (New York State Office of Victim Services)



**정자체로 기재합니다. 모든 질문에 답해야 합니다. 허위 사실로  
보상을 청구하는 것은 범죄 행위입니다!**

피해자 지원 프로그램 이용 시에만 해당		
OVS VAP ID#	프로그램 이름/전화번호	변호인 이름/이메일

**1. 피해자에 대해 알려주십시오.**

성	이름:	가운데 이름 이니셜	소셜 시큐리티 번호 □번호가 없는 경우 여기에 체크 _____-_____-_____	생년월일	
우편 주소:					
도로명	아파트 번호(또는 사서함 번호)	시:	카운티:	주(또는 외국)	우편번호
<b>인종/민족:</b> <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 흑인 <input type="checkbox"/> 히스패닉 <input type="checkbox"/> 아메리카 원주민/알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 아시아 인도인 <input type="checkbox"/> 중국인 <input type="checkbox"/> 일본인 <input type="checkbox"/> 필리핀인 <input type="checkbox"/> 한국인 <input type="checkbox"/> 베트남인 <input type="checkbox"/> 방글라데시인 <input type="checkbox"/> 파키스탄인 <input type="checkbox"/> 광 원주민 <input type="checkbox"/> 차모로인 <input type="checkbox"/> 사모아인 <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 혼혈					
<b>결혼 여부:</b> <input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 별거 <input type="checkbox"/> 사별 <input type="checkbox"/> 파트너와 동거					
<b>성별:</b> <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 답변하고 싶지 않음					
<b>범죄 발생 당시 피해자에게 장애가 있었습니까?</b> <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 확실하지 않음					

**피해자 서비스국을 처음 접한 경로는 다음 중 어디입니까?**

경찰 병원 지방 검사 피해자 지원 프로그램 라디오/TV 브로슈어/포스터 인터넷 기타

**2. 피해자 본인이 *아니고* 청구서에 서명하는 경우, 귀하가 청구자입니다. 귀하에 대해 알려주십시오. (지침 페이지의 '청구서에는 누가 서명합니까?' 내용 참조)**

성	이름	가운데 이름 이니셜	소셜 시큐리티 번호 □번호가 없는 경우 여기에 체크 표시 _____-_____-_____	생년월일	
우편 주소:					
도로명	아파트 번호(또는 사서함 번호)	도시	카운티	주(또는 외국)	우편번호
피해자와 무슨 관계입니까? (하나 <b>만</b> 선택) <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> ML법적 보호자 <input type="checkbox"/> 변호사 <input type="checkbox"/> 기타(설명 기재) _____					

**3. 범죄에 대해 알려주십시오. (하나 **만** 선택)**

<b>피해자 사망 원인:</b> <input type="checkbox"/> 자동차(DUI/DWI) <input type="checkbox"/> 자동차(기타) <input type="checkbox"/> 테러 <input type="checkbox"/> 방화 <input type="checkbox"/> 인신매매 <input type="checkbox"/> 기타 살인	<b>피해자 부상 원인:</b> <input type="checkbox"/> 폭행 <input type="checkbox"/> 스토킹 <input type="checkbox"/> 성폭행 <input type="checkbox"/> 납치 <input type="checkbox"/> 아동 신체적 학대/방임 <input type="checkbox"/> 테러 <input type="checkbox"/> 아동 성추행 <input type="checkbox"/> 방화 <input type="checkbox"/> 자동차(DUI/DWI) <input type="checkbox"/> 강도 <input type="checkbox"/> 자동차(DUI/DWI 외) <input type="checkbox"/> 인신 매매 <input type="checkbox"/> 아동 포르노 기타(설명 기재): _____	<b>피해자 필수 개인 재산 손실 원인:</b> <input type="checkbox"/> 주거침입 절도 <input type="checkbox"/> 방화 <input type="checkbox"/> 자동차(DUI/DWI) <input type="checkbox"/> 범죄 <input type="checkbox"/> 자동차(DUI/DWI 외) 손괴 <input type="checkbox"/> 인신매매 <input type="checkbox"/> 사기/금융 <input type="checkbox"/> 강도(부상 없음) <b>Crime</b> 기타(설명 기재): _____
---	---	--

범죄가 발생한 곳은 어디입니까? (하나 **만** 선택) 직장 본인 소유 주택 아파트 건물 공공 도로

지하철/버스 주차장 레스토랑/바 학교/학교 구내 쇼핑몰 기타(설명 기재): \_\_\_\_\_

가정 폭력과 관련된 범죄였습니까?..... 예 아니요 알 수 없음  
 괴롭힘과 관련된 범죄였습니까?..... 예 아니요 알 수 없음  
 노인 학대/방임과 관련된 범죄였습니까?..... 예 아니요 알 수 없음  
 중요 범죄였습니까?..... 예 아니요 알 수 없음

범죄가 발생한 당시 피해자가 임대 차량(livery cab)을 운전 중이었습니까?... 예 아니요 알 수 없음  
 다른 사람을 상대로 발생하는 범죄를 방지하거나 막으려 노력하는 와중 또는  
 당국이 범죄를 막는 데 도움을 주는 와중에 피해자의 재산 손실이나 피해가  
 있었습니까?..... 예 아니요

범죄 신고서 번호: \_\_\_\_\_ 신고한 경찰서나 사법 집행 기관: \_\_\_\_\_

범죄가 발생한 카운티: \_\_\_\_\_ 범죄 발생 날짜: \_\_\_\_\_ 범죄 신고 날짜: \_\_\_\_\_

범죄 발생일과 범죄 신고일 사이에 7일 이상 차이가 있는 경우, 이유 설명: \_\_\_\_\_

범죄 발생일과 이 청구서를 제출하는 날짜가 1년 이상 차이가 나는 경우, 이유 설명: \_\_\_\_\_

어떤 범죄인지 직접 작성한 문장으로 설명: \_\_\_\_\_

**4. 용의자에 대해 알려주십시오.** 용의자 이름(아는 경우): \_\_\_\_\_

- 해당 용의자가 이 범죄로 체포되었습니까? 예 아니요
- 해당 용의자가 이 범죄로 기소되었습니까? 예 아니요 아직 아님
- 해당 용의자가 피해자와 같은 집에 살고 있습니까?  
 혹은 용의자가 피해자의 가족입니까? 예 아니요
- 법원에서 이 사건에 보호 명령을 발급했습니까? 예 아니요 ('예'인 경우, 사본 첨부)
- DA가 법원에 배상 명령을 신청했습니까? 예 아니요 아직 아님
- 법원에서 피의자에 대해 배상 명령을 내렸습니까? 예(금액: \$ \_\_\_\_\_) 아니요 아직 아님

**참고** - 배상 자격을 갖춘 경우, OVS에서 아래 기재된 경비를 환급할 가능성이 있습니다. 해당 항목도 법원 명령 배상의 일부로 요청해야 합니다. 신청자는 형사 사건이 진행 중인 경우 검사 측과 이러한 정보를 공유하는 것이 좋습니다. 배상에 관한 자세한 정보는 법원 명령 배상 정보 페이지를 참조하십시오.

**5. 이 범죄와 관련하여 발생한 경비에 대해 알려주십시오. (해당하는 항목에 모두 체크 표시)**

- 의료비/구급차 지원금 손실 급여 손실 개인 교통비
- 범죄 현장 청소  (사망 청구만 해당) DV 보호소 의료비/상당료
- 보안 장비/체계 직업/재활 이사 비용/물품 보관료 법원
- 상당 장례비 필수 개인 재산 저축 손실
- 기타(설명 기재): \_\_\_\_\_

**6. 이 범죄로 인해 새것으로 바꿔야 하는 필수 개인 재산(예 : 현금, 안경 의류 등)이 있으면 여기에 기재하십시오. (없는 경우, 7로 건너뛰기)**

분실/손상된 항목:	비용	분실/손상된 항목:	비용
1.	\$	4.	\$
2.	\$	5.	\$
3.	\$	6.	\$

주택 소유주/임대업자 보험회사	보험 상품 또는 ID 번호	공제액
		\$
자동차/여타 보험회사	보험 상품 또는 ID 번호	공제액
		\$

— 상해를 입은 사실이 없고 필수 개인 재산 수당만 신청하는 경우, 15로 건너뛰십시오. —

**7. 피해자 또는 피해자 부모의 고용 상태 및 급여 손실 보험 등에 대해 알려주십시오.**

고용주에게 연락이 가는 것을 원치 않는 경우, 손실된 급여의 환급을 요청할 수 없습니다(8로 건너뛰기).

피해자/입원한 미성년 피해자의 부모는 범죄가 발생한 당시 고용된 직장이 있었습니까? 예 아니요('아니요'인 경우, 8로 건너뛰기)

피해자/입원한 미성년 피해자의 부모가 이 범죄로 인하여 출근하지 못했습니까? 예 아니요

피해자/부모가 자영업자였습니까? 예 아니요 ('예'인 경우, 작년 소득 신고서 및 명세서 일체 사본 첨부)

고용주 이름, 주소 및 전화번호:

					( )
고용주	도로명	시	주	우편번호	전화번호

기타 고용주 이름, 주소 및 전화번호:

					( )
고용주	도로명	시	주	우편번호	전화번호

피해자가 출근할 수 없다고 인증한 의사의 이름, 주소 및 전화번호:

					( )
의사	도로명	시	주	우편번호	전화번호

피해자의 근무 시간 손실에 관한 보상을 지급할 보험회사에 관해 알려주십시오(있는 경우). (없는 경우, 아래 "None(없음)"이라고 적고 8로 건너뛰기)

	보험 상품 또는 ID 번호 또는 "None(없음)"		보험 상품 또는 ID 번호 또는 "None(없음)"
1. 실업 보험		5. 산업재해 보상보험	
2. 장애보험		6. 기타 보험	
3. 연금 상품		7. 소셜 시큐리티 수당(SSN 필요)	SSN ____-____-____
4. 기타 보험		8. SSI 수당(SSN 필요)	SSN ____-____-____

8. 피해자가 사망한 경우, 매장 경비가 있는지 아래 작성하십시오. (아닌 경우, 9로 건너뛰기)

또한 장의사 연락처, 매장 경비와 관련한 여타 청구서 사본 및 사망 증명서 복사본(있는 경우)도 첨부하십시오.

장례식장 이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: ( ) \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_ 도로명 \_\_\_\_\_ 시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_

9. 피해자가 이 범죄로 인하여 상해를 입거나 사망한 경우 아래에 내용을 작성하십시오.

피해자의 상해 간략히 설명: \_\_\_\_\_

피해자가 의학적 치료를 받았습니까? 예 아니요 ('아니요'인 경우, 섹션 10으로 건너뛰기)

이 범죄와 관련하여 피해자의 상해를 치료한 전문 의료진에 관해 알려주십시오.

	전체 성명	주소 작성	전화번호
첫 번째 병원	_____	_____	( ) _____
기타 병원	_____	_____	( ) _____
첫 번째 의사 (병원에 있지 않음)	_____	_____	( ) _____
기타 의사	_____	_____	( ) _____
첫 번째 치과 의사	_____	_____	( ) _____
피해자의 상담가	_____	_____	( ) _____

10. 피해자의 부양가족이나 피해자에게 생계를 의지한 다른 사람에 관해 알려주십시오. (없는 경우 11로 건너뛰기)

피부양자	이름	소셜 시큐리티 번호 ____-____-____	생년월일	피해자와의 관계
	주소	_____		

기타 피부양자	이름	소셜 시큐리티 번호 _____ - _____ - _____	생년월일	피해자와의 관계
	주소			법정 후견인이십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
기타 피부양자	이름	소셜 시큐리티 번호 _____ - _____ - _____	생년월일	피해자와의 관계
	주소			법정 후견인이십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요

피부양자가 3명을 넘는 경우, 별도의 용지를 덧붙이고 여기에 체크 표시

**11. 피해자 외에 이 범죄로 인해 상담(치료)받은 사람이 있습니까? (없을 경우 12로 건너뛰기)**

상담받은 사람은 누구입니까?	피해자와의 관계	상담료를 청구한 보험회사	보험 상품 또는 ID 번호
상담가 이름, 주소 및 전화번호:			
이외에 상담받은 사람이 더 있다면 누구입니까?	피해자와의 관계	상담료를 청구한 보험회사	보험 상품 또는 ID 번호
상담가 이름, 주소 및 전화번호:			

해당 범죄로 인해 상담받은 인물이 2명을 넘는 경우, 별도의 용지를 덧붙여 설명하고 여기에 체크 표시

**12. 피해자나 피해자의 피부양자에게 적용되는 보험이 있는 경우, 작성해주십시오. 보험에 가입하지 않은 경우, 아래에 "None(없음)"이라고 쓰면 됩니다. 보험금 수령을 신청했지만 아직 보상을 받지 못한 경우, 상품 또는 ID 번호 아래에 "Pending(대기 중)"이라고 적어주십시오.**

	보험 상품 또는 ID 번호	보험 대상자 이름:
기본 보험회사		
주요 의료보험회사		
기타 보험 (Union, Dental, Vision 등)		
Medicare		
Medicaid		
산업재해 보상보험		
자동차 보험		
기타 보험		

**13. 피해자가 사망한 경우, 생명보험이나 사망 수당에 관해 알려주십시오(있는 경우). (피해자가 사망하지 않은 경우, 또는 생명보험이나 사망 수당이 없는 경우, 14로 건너뛰기)**

	회사 이름	주소	전화번호	보험 상품 또는 ID 번호
생명보험	_____	_____	( ) _____	_____
연금 상품	_____	_____	( ) _____	_____
기타 보험/플랜	_____	_____	( ) _____	_____
Medicaid	_____	_____	( ) _____	_____
산업 재해보상보험	_____	_____	( ) _____	_____

여타 보험 또는 사망 수당이 있는 경우 여기에 기재: \_\_\_\_\_

이 중 피해자의 장례 경비를 보상하는 보험 상품이 있습니까? 예 아니요

누구든 소셜 시큐리티 사망 수당(Social Security Death Benefit)을 신청한 적이 있습니까? 예 아니요

**14. 금전적 상황에 관해 알려주십시오. 아래 모든 섹션은 모두 필수로 작성해야 합니다. 없는 경우 0이라고 적어주십시오.**

피부양자는 모두 몇 명입니까? \_\_\_\_\_

연간 총소득액은 얼마입니까(모든 소득원 포함)? 잘 모르는 경우, 추산: \$ \_\_\_\_\_

아래에 자산 일체와 채무 일체를 작성해 주십시오. 잘 모르는 경우, 추산하여 작성해 주십시오. 필요한 경우 페이지를 덧붙여도 됩니다.

자산 - 없는 경우 0이라고 작성해 주십시오.		채무 - 현재 빚이 얼마입니까?	
저금, 주식, 채권	\$		없는 경우 0이라고 적어 주십시오.
부동산(주택 등)	\$	모기지	\$
생명보험 수당	\$	대출	\$

**15. 지방 검사(DA)가 아닌 개인 변호사가 귀하를 대리하고 있습니까?** 예 아니요

답이 '예'인 경우:

\_\_\_\_\_ ( )  
 변호사 이름 주소 전화번호

**16. 대리인과의 연락 허가**

가족 구성원, 친구나 여타 인물이 귀하의 청구와 관련하여 OVS와 연락하는 것을 허가하고자 한다면 아래에 작성해 주십시오.

\_\_\_\_\_ ( )  
 이름 주소 전화번호

**17. 피해자/청구자 허가:**

본인은 피해자 서비스국(OSV)에서 제공하는 보상을 수락할 경우 본 청구가 근거로 하는 범죄와 관련해 제공되는 모든 보상에 대해 뉴욕주 측의 선취특권이 발생하며, 여기에는 각종 판결, 합의 또는 배상 명령을 포함한다는 점을 이해합니다. 또한 본인은 장의사, 변호사, 고용주, 경찰 또는 여타 공공 기관, 보험사나 언급된 서비스를 제공했거나 그와 같은 지식을 보유한 인물이 OVS나 그 대리인에게 산업재해 보상 기록, 범죄 또는 그 범죄의 결과로 발생한 각종 상해나 사망과 관련한 정보 및 본 청구 건과 관련한 정보를 제공하는 것을 허가합니다. 보상이 제공되는 경우, 본인은 OVS에서 서비스 제공자에게 직접 대금을 지급하는 것을 허가합니다. 또한 해당 청구서에 명시된 지역 피해자 지원 프로그램(VAP) 또는 범죄 피해자를 지원하는 뉴욕주 내 지역 공공기관에서 OVS에서 해당 청구와 관련한 본인의 정보와 기록을 공유하는 것을 허가합니다. 이는 VAP 또는 지역 공공기관이 본인의 청구를 처리하고, 청구에 대한 결정을 내리는 OVS를 지원하기 위함입니다. 위에 개인 변호사가 기재된 경우, OVS에서 본 청구와 관련하여 수집한 본인의 정보 및 기록을 해당 변호사와 공유하여 본인의 대리인으로서 역할을 다하도록 조치할 것을 허가합니다. 본인은 본 허가서 외에 변호사로부터 별도의 출석 통보(Notice of Appearance)가 필요하다는 점을 이해합니다. 위에 가족 구성원, 친구나 여타 인물이 기재된 경우 해당 인물이 본 청구와 관련해 본인을 도울 수 있도록 OVS가 본 청구 건과 관련하여 수집한 본인의 정보와 기록을 해당 인물과 공유하는 것을 허가합니다.

본 허가서의 복사본은 원본과 같은 효력을 지니는 것으로 간주합니다.

▶ \_\_\_\_\_ ( )  
 청구자 서명 날짜 낮 시간대 전화번호

이메일 주소: \_\_\_\_\_ 선호 언어: 영어 스페인어 중국어  
아랍어 아이티-프랑스어 이탈리아어 한국어 러시아어 이디시어  
벵골어 프랑스어 우르두어  
 통역 필요: 예 아니요 기타 \_\_\_\_\_

청구를 계속 진행하려면 다음 서류를 우편으로 보내주십시오. (사본 1부는 본인 기록용으로 보관)

- 본 양식에 기재된 서비스의 청구서 및 영수증 일체
- 작성을 마치고 서명한 청구서 양식
- 본 양식에 기재된 각 서비스 제공자마다 HIPAA 양식 한 부씩 작성(HIPAA 양식은 직접 복사해서 사용 가능)
- 본 양식에 기재된 서비스 비용에 대하여 지급을 거부 또는 승인한 보험사 통보서.

주의사항: 보험사나 수당 제도에 청구한 다음에만 OVS에서 보상금을 지급할 수 있습니다.

서류를 보낼 우편 주소: New York State Office of Victim Services  
AE Smith Building  
80 S. Swan Street  
Albany, NY 12210-8002





HIPAA에 따른 의료 정보 공개 허가
[본 양식은 뉴욕주 보건부(Department of Health)에서 승인하였음]

환자 이름, 생년월일, 소셜 시큐리티 번호, 환자 주소

본인 또는 허가를 받은 본인의 대리인은 본인의 관리 및 치료에 관련한 의료 정보를 본 양식에 명시된 대로 공개할 것을 요청합니다.

뉴욕주 법률과 1996년 제정된 건강보험이동성과 결과보고책무활동(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)의 개인정보보호 규정에 따라 본인은 다음과 같이 이해합니다.

- 1. 본 허가에는 알코올 및 약물 남용, 정신 건강 치료에 관한 정보 공개를 포함하며 정신 치료 메모는 제외하고, HIV\* 관련 기밀 정보의 경우 본인이 본문의 제9(a)항에 이니셜을 표시한 경우에만 공개를 허가합니다.
2. 본인이 HIV 관련, 알코올 또는 약물 치료나 정신 건강 치료 정보의 공개를 허가하는 경우, 정보 수신인은 그러한 정보를 본인의 허가 없이 재공개해서는 안 됩니다.
3. 본인에게는 언제든지 아래 목록에 기재된 의료 서비스 제공자에게 서면으로 통보하여 이 허가를 철회할 권리가 있습니다.
4. 본인은 이 허가서에 서명하는 행위는 자발적이라는 점을 이해합니다.
5. 본 허가에 따라 공개되는 정보는 수신인이 재공개할 가능성이 있으며(위의 제2항에 기재한 경우는 제외), 이 같은 재공개는 더 이상 연방법이나 주 정부 법률로 보호되지 않습니다.
6. 본 허가가 본인의 의료 정보 또는 의료적 치료에 관한 정보를 변호사 또는 본문 9 (b)에 명시한 정부 기관 외 타인과의 논의를 허가하는 것은 아닙니다.

7. 이 정보를 공개할 의료 서비스 제공자 또는 법인의 이름과 주소
8. 이 정보를 보낼 인물의 이름과 주소 또는 해당 인물의 소속
NYS OFFICE OF VICTIM SERVICES - AE SMITH BLDG., 80 S. SWAN ST., ALBANY, NY 12210-8002
9(a). 공개할 구체적인 정보
[ ] 의료 기록: (시작 날짜 기재)~ (종료 날짜 기재)
[ ] 의료 기록 전체, 예를 들어 환자 이력, 병원 메모(정신과 치료 메모 제외), 검사 결과, 엑스레이 촬영 결과, 필름, 소개서, 상담, 청구 기록, 보험 기록 및 다른 의료 서비스 제공자가 귀하에게 보낸 기록 등을 포함합니다.
[ ] 기타:
의료 정보 관련 논의 허가
(b) [ ] 본인은 여기에 이니셜을 기재함으로써 다음 의료 서비스 제공자:
개인 의료 서비스 제공자의 이름
에게 본인의 변호사 또는 정부 기관 등 여기에 기재된 상대방과 본인의 의료 정보를 논의해도 된다고 허가합니다.
뉴욕주 피해자 서비스국(New York State Office of Victim Services)
(변호사/법률 회사 이름 또는 정부 기관 이름)
10. 정보 공개 사유
뉴욕주 피해자 서비스국의 수당 수혜 자격 조건 성립 확인을 위한 개인의 요청.
11. 이 허가가 만료되는 날짜 또는 그 이유가 되는 사안
본 허가는 피해자 서비스국 수당에 대한 개인의 자격 종료에 따라 만료됩니다.
12. 환자가 아닌 경우, 양식에 서명하는 인물의 이름:
13. 환자를 대신하여 서명할 권한:

이 양식의 모든 항목을 작성하였으며 이 양식에 관한 본인의 질문에 답변을 받았습니다. 또한 본인은 이 양식의 사본을 제공받았습니다.

환자 또는 법적으로 허가를 받은 대리인의 서명.

날짜:

\* 에이즈(AIDS)를 유발하는 사람면역결핍바이러스(Human Immunodeficiency Virus, HIV). 뉴욕주 보건법에 따라 누군가가 HIV 증상을 보이거나 감염된 징후를 보이는 경우 합당한 수준으로 해당 인물의 신원을 파악할 수 있는 정보 및 인물의 연락처와 관련된 정보는 보호됩니다.