



# دعوی کی درخواست اور ہدایات

## معاوضہ کے لیے درخواست کیسے دیں

**اگر OVS کو درکار کچھ کاغذات میرے پاس نہیں ہیں تو کیا ہوگا؟**  
اپنی درخواست اسی وقت بھیجیں۔ آپ دیگر دستاویزات بعد میں بھیج سکتے ہیں۔

**اگر جرم کی وجہ سے میری پراپرٹی کو خسارہ، نقصان ہوا تھا یا وہ تباہ ہو گئی تھی تو کیا ہوگا؟**

اگر آپ کی عمر 18 سال سے کم، 60 سال یا اس سے اوپر ہے، آپ معذور یا زخمی ہوئے تھے تو، آپ اپنی لازمی ذاتی املاک یا اس نقدی کو بدلنے کے واسطے مراعات کے لیے درخواست دے سکتے ہیں جس کا احاطہ دیگر وسائل سے نہیں ہوا تھا۔

آپ کی صحت اور بہبود کے لیے ضروری لازمی وسائل، جیسے عینک اور کپڑے۔

**اگر میں منتقل ہو جاتا ہوں تو کیا ہوگا؟**

OVS کو ایک دستخط کردہ خط اسی وقت بھیجیں۔ ہمیں اپنا نیا پتہ اور فون نمبر بتائیں۔ اگر آپ کا ای میل پتہ تبدیل ہوتا ہے تو بھی ہمیں بتائیں۔

**دعوے پر کون دستخط کر سکتا ہے؟**

عام طور پر، متاثرہ شخص کو دعوی پر دستخط کرنا ضروری ہے۔ تاہم، اگر متاثرہ فرد کی عمر 18 سال سے کم ہے، یا وہ جسمانی یا ذہنی طور پر دستخط کرنے کے ناقابل ہے تو، پھر قانونی سرپرست (مراعات موصول کرنے والے شخص) کو دعوی کا سیکشن 2 پُر کرنا اور دعوے پر دستخط کرنا لازم ہے۔

اگر متاثرہ فرد کی وفات ہو جاتی ہے تو، مراعات کی گزارش کرنے والے شخص کو دعوی کا سیکشن 2 پُر کرنا اور دعوے پر دستخط کرنا لازم ہے۔

**کیا درخواست دینے کا دوسرا طریقہ ہے؟**

ہاں۔ ovs.ny.gov ملاحظہ کر کے محفوظ وکٹم سروس پورٹل (Victim Service Portal, VSP) تک رسائی حاصل کریں اور ایک درخواست ان لائن دائر کریں۔

**کیا مجھے منسلکہ HIPAA فارم پُر کرنا ضروری ہے؟**

ہاں۔ ہر خدمت فراہم کنندہ کے لیے HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act, ) (HIPAA) فارم پُر کریں۔ آپ اضافی نقول بنانے کے لیے سادہ فارم کی فوٹو کاپی کر سکتے ہیں۔

**معاوضہ کے لیے درخواست کون دے سکتا ہے؟**

جرم کے شکار معصوم افراد، مخصوص رشتہ داران، منحصرین، قانونی سرپرست اور اہل گڈ سمیریٹنز آفس آف وکٹم سروسز (Office of Victim Services, OVS) میں ایسے فاضل اخراجات کے معاوضے کے لیے درخواست دے سکتے ہیں جو بیمہ یا دوسرے وسائل کے ذریعے محیط نہیں ہیں۔

**مجھے کس قسم کے اخراجات کا معاوضہ مل سکتا ہے؟**

OVS ذاتی ضرر، موت اور لازمی ذاتی املاک کے نقصان سے متعلق معاوضہ پیش کر سکتا ہے۔

OVS جن مخصوص اخراجات کا احاطہ کر سکتا ہے ان میں شامل ہیں:

- طبی، فارمیسی اور مشاورتی اخراجات
- لازمی ذاتی املاک کا نقصان (\$500 تک، بشمول \$100 نقد)
- تدفین یا آخری رسوم سے متعلق اخراجات (\$6,000 تک)
- چھوٹی ہوئی اجرتیں یا چھوٹی ہوئی امداد (\$30,000 تک)
- (ہسپتال میں بھرتی نابالغ بچوں کے والدین یا سرپرست اس بینیفٹ کے اہل ہو سکتے ہیں)۔
- نقل و حمل (عدالت/طبی)
- مشغلہ جاتی/حرفتی باز بحالی
- سیکورٹی ڈیوائسز اور DV کی پناہ گاہ کی لاگتیں
- جرم کے جائے وقوعہ کی صفائی (\$2,500 تک)
- گڈ سمیریٹنز کی املاک کے خسارے (\$5,000 تک)
- منتقلی کے اخراجات (\$2,500 تک)

**میں معاوضہ کی گزارش کیسے کروں؟**

اپنی مکمل کردہ OVS کی درخواست درج ذیل کی نقول کے ساتھ بھیجیں:

- پولیس رپورٹیں
- طبی بل
- بیمہ کمپنیوں کے ساتھ خط و کتابت یا مراعات کا منصوبہ جس میں لکھا ہو کہ آیا اس میں آپ کا خسارہ شامل ہوگا
- بیمہ کارڈز
- لازمی ذاتی املاک کی رسیدیں
- سند وفات اور آخری رسوم کا معاہدہ
- متاثرہ فرد کی سند ولادت
- عمر کا ثبوت (ڈرائیونگ لائسنس، سند ولادت، وغیرہ)
- قانونی سرپرستی کے کاغذات

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

ovs.ny.gov

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

800-247-8035

## عدالت کے آرڈر کردہ تلافی کی معلومات

### تلافی کیا ہے؟

تلافی فوجداری جرم کے نتیجے میں ہونے والے خسارے یا ضرر کے لیے فوجداری جرم کے مرتکب فرد کے ذریعے متاثرہ فرد کو ادا کیا جانے والا معاوضہ ہوتی ہے۔ اس کا آرڈر عدالت کی طرف سے سزا سنائے جانے کے وقت ہونا ضروری ہے اور اسے سزا کا حصہ مانا جاتا ہے۔

تلافی آئندہ خساروں، ذہنی کوفت، یا "درد اور ابتلاء" کے مدنظر نقصانات کی ادائیگی کے لیے نہیں ہے۔

جب ڈسٹرکٹ اٹارنی (District Attorney, DA) کا دفتر یہ بتاتا ہے کہ آپ نے تلافی کی درخواست کی ہے یا جب پروبیشن کی تفتیشی رپورٹ (سزا سے قبل، دہائی سے قبل، یا ڈسپوزیشن رپورٹ سے قبل) میں شامل متاثرہ فرد کے اثر کے بیان سے یہ عندیہ ملے کہ متاثرہ فرد تلافی کا طالب ہے تو، عدالت پر تلافی کا آرڈر کرنا لازم ہے۔ آلا یہ کہ انصاف کے مفادات بصورت دیگر بتائیں۔ جب جج تلافی کا آرڈر نہ کریں تو انہیں ریکارڈ میں اپنی وجہیں واضح طور پر بتانا ضروری ہے۔

### تلافی کے بطور میں کس چیز کی درخواست کر سکتا ہوں؟

آپ کسی بھی ایسے خرچ کی گزارش کر سکتے ہیں جو فوجداری جرم کے بطور آپ کو اٹھانا پڑا ہے۔ حتیٰ کہ ان آئٹموں کے لیے جن کے لیے OVS ممکن ہے باز ادائیگی کرنے پر قادر نہ ہو۔ تلافی میں طبی بلوں کی باز ادائیگی، مشاورت کے اخراجات، کمائی سے محرومی، آخری رسوم کے اخراجات، بیمہ کی کٹوتیاں اور مسروقہ یا نقصان شدہ پر اپرٹی کو بدلنا بلا تحدید شامل ہیں۔

### تلافی کے لیے کون مستحق ہے؟

جو بھی شخص فوجداری جرم سے متاثر ہوا ہے اور جس کو ضرر پہنچا ہے، معاشی خسارے یا نقصانات ہوئے ہیں وہ تلافی طلب کر سکتا ہے۔ بسا اوقات، تلافی کے مستحق متاثرین اس کی درخواست نہیں کرتے ہیں۔ ایسا اس وجہ سے ہو سکتا ہے کہ متاثرین کو علم ہی نہیں ہوتا ہے کہ وہ تلافی کے مستحق ہیں، یا وہ جس تلافی کے مستحق ہیں اسے موصول کرنے کے بارے میں جو اقدامات اختیار کرنے ہیں ان کا انہیں علم نہیں ہوتا ہے۔

### میں تلافی کی گزارش کیسے کروں؟

آپ کو چاہیے کہ DA کے دفتر سے رابطہ کریں اور انہیں اپنے ضرر کی حد، اپنے فاضل خساروں اور جن نقصانات کی آپ درخواست کر رہے ہیں ان کی مقدار انہیں بتائیں۔

یہ آپ کی ذمہ داری ہے کہ پولیس، DA اور درخواست کرنے پر مقامی پروبیشن ڈپارٹمنٹ کو بل کی نقول اور آپ کے ضرر کی حد، آپ کے فاضل اخراجات اور جتنی مقدار میں نقصانات آپ عدالت کے زیر غور لانے کے خواہاں ہیں انہیں دکھانے والی دستاویزات فراہم کریں۔ تلافی کے لیے آپ کی درخواست کسی بھی پروبیشن کی تفتیشی رپورٹ (سزا سے قبل، دہائی سے قبل، یا ڈسپوزیشن رپورٹ سے قبل) میں شامل کی جائے گی۔ یقینی طور پر:

- درست ریکارڈز جیسے فوجداری جرم کے براہ راست نتیجے کے طور آپ کے جو کوئی اخراجات ہوئے ہیں ان کی اصل رسیدیں سنبھال کر رکھیں۔
- ان رسیدوں کی نقول پولیس، DA اور مقامی پروبیشن ڈپارٹمنٹ کو دیں۔

آپ کو جتنی جلدی ممکن ہو DA، متاثرہ فرد/گواہ کے ایڈووکیٹ، اور پروبیشن ڈپارٹمنٹ کے سامنے تلافی کی اپنی ضرورت کی صاف طور پر وضاحت کرنی ہوتی ہے۔ قصورورا ہونے کے معاہدے اصل فوجداری جرم سے چند دنوں کے اندر ہو سکتے ہیں۔ اگر یہ معلومات قصورورا ہونے کے معاہدے اور سزا یابی سے قبل فراہم نہیں کرائی جاتی ہیں تو، آپ مرتکب جرم کو دیوانی عدالت میں طلب کر سکتے ہیں۔

DA آپ کی جانب سے تلافی کا آرڈر کرنے کے لیے عدالت میں عرضی دینے کا پابند نہیں ہے۔

سنگین جرائم کے تمام کیسز، مواخذہ والے بہت سارے فوجداری کیسز، اور تمام نابالغوں کی نادبندگی اور نگرانی کے ضرورت مند افراد (persons in need of supervision, PINS) کے کیسز میں، سزا یابی سے قبل اور پری ڈسپوزیشن تفتیشی رپورٹ مطلوب ہوتی ہے۔ مقامی پروبیشن ڈپارٹمنٹ تلافی کے مسئلے کے بارے میں آپ سے رابطہ کر سکتا ہے کیونکہ اس کا تعلق آپ کے کیس سے ہے۔

### تلافی کا تعین کس طرح کیا جاتا ہے؟

تلافی کی رقم فوجداری جرم کے نتیجے میں ہونے آپ کے فاضل خسارے کے ثبوت پر مبنی ہوتی ہے۔ مرتکب جرم کو تلافی کی رقم پر اعتراض کرنے کا حق ہے۔ عدالت تلافی کے مسئلے پر ایک سماعت کر سکتی ہے جس میں عدالت ادائیگی کرنے کی مرتکب جرم کی اہلیت پر غور کر سکتی ہے۔ DA کا دفتر آپ سے رابطہ کر کے تلافی والی سماعت میں آپ سے تصدیق کرنے کو کہہ سکتا ہے۔ اگر آپ کو عادات میں ذاتی طور پر حاضر ہونے کے بارے میں تشویش لاحق ہے تو، آپ کو اپنے کیس کے لیے تفویض شدہ DA کے ساتھ مل کر متبادل دریافت کرنا چاہیے۔

گر OVS نے آپ کے بلوں کی ادائیگی کر دی ہے تو، عدالت یہ آرڈر کر سکتی ہے کہ تلافی والی ادائیگیاں ان ادا شدہ آئٹموں کے لیے OVS کو کی جائیں۔ آپ کے لیے DA کے دفتر کو یہ بتا دینا ضروری ہے کہ آپ نے OVS کے پاس دعویٰ دائر کر رکھا ہے۔

اگر آپ نے OVS کے پاس دعویٰ دائر کیا تو، آپ کے لیے OVS کو یہ بتانا ضروری ہے کہ آیا عدالت مرتکب جرم کو تلافی کی ادائیگی کرنے کا حکم دیتی ہے۔



## معاوضہ کے لیے درخواست نیو یارک اسٹیٹ آفس آف وکٹم سروسز

براہ کرم پرنٹ کریں۔ سبھی سوالوں کا جواب دیں۔ جھوٹا دعویٰ کرنا جرم ہے!

یہ فارم پُر کرنے سے پہلے  
معاوضہ کے لیے درخواست  
دینے کا طریقہ  
پڑھیں۔

### صرف متاثرہ فرد کی اعانت پروگرام کے استعمال کے لیے

ایڈووکیٹ کا نام/ای میل	پروگرام کا نام/فون	OVS VAP آئی ڈی نمبر
------------------------	--------------------	---------------------

#### 1. متاثرہ فرد کے بارے میں ہمیں بتائیں۔

آخری نام	پہلا نام:	درمیانی نام	سوشل سیکورٹی نمبر	تاریخ پیدائش
			□ اگر آپ کے پاس نہیں ہے تو یہاں نشان زد کریں	

ڈاک کا پتہ:

گلی	اپارٹمنٹ نمبر (یا پوسٹ آفس باکس)	شہر:	کاؤنٹی:	ریاست (یا بیرون ملک)	زپ کوڈ
-----	----------------------------------	------	---------	----------------------	--------

نسل/قومیت: □ سفید فام □ سیاہ فام □ ہسپانوی □ امریکی ہندوستانی/الاسکا کا مقامی باشندہ □ ایشیائی ہندوستانی □ چینی □ جاپانی □ فلپائن □ کوریائی □ ویتنامی □ بنگلہ دیشی □ پاکستانی □ گومانیائی □ چمورو □ ساموان □ مقامی ہوائی □ دیگر □ کثیر نسلی

ازدواجی حیثیت: □ غیر شادی شدہ □ شادی شدہ □ طلاق یافتہ □ علیحدگی اختیار کردہ □ بیوہ □ پارٹنر کے ساتھ رہائش پذیر

کیا متاثرہ فرد جرم کے وقت معذور تھا؟

□ ہاں □ نہیں □ نامعلوم

صنف: □ مرد □ عورت □ مخنث □ جواب نہ دینے کو ترجیح دیں

آفس آف وکٹم سروسز کے بارے میں آپ نے پہلی بار کیسے سنا؟

□ پولس □ ہسپتال □ ڈسٹرکٹ اٹارنی □ متاثرین کی امداد کا پروگرام □ ریڈیو/TV □ بروشر/پوسٹر □ انٹرنیٹ □ دیگر

#### 2. اگر آپ متاثرہ فرد نہیں ہیں، اور آپ اس دعویٰ پر دستخط کر رہے ہیں تو، آپ مدعی ہیں۔ ہمیں اپنے بارے میں بتائیں۔ (بدایات والے صفحہ پر "دعویٰ پر کون دستخط کر سکتا ہے؟" دیکھیں۔)

آخری نام	پہلا نام	درمیانی نام	سوشل سیکورٹی نمبر	تاریخ پیدائش
			□ اگر آپ کے پاس نہیں ہے تو یہاں نشان زد کریں	

ڈاک کا پتہ:

گلی	اپارٹمنٹ نمبر (یا پوسٹ آفس باکس)	شہر	ملک	ریاست (یا بیرون ملک)	زپ کوڈ
-----	----------------------------------	-----	-----	----------------------	--------

متاثرہ فرد سے آپ کا رشتہ کیا ہے؟ (صرف ایک کو نشان زد کریں)

□ والدین □ شریک حیات □ بچہ □ قانونی سرپرست □ اٹارنی □ دیگر (وضاحت کریں)۔

#### 3. ہمیں جرم کے بارے میں بتائیں۔ (صرف ایک کو نشان زد کریں۔)

متاثرہ فرد کی وفات ہوئی بوجہ: □ موٹر گاڑی (DUI/DWI) □ حملہ □ کیا متاثرہ اس وجہ سے زخمی ہوا تھا: □ جنسی زیادتی □ بیچے کے ساتھ جسمانی زیادتی/بے توجہی □ دہشت گردی □ آتش زنی □ انسانوں کی اسمگلنگ □ دیگر قتل عام □ دیگر (وضاحت کریں):

متاثرہ فرد کو لازمی ذاتی املاک کا نقصان ہوا بوجہ: □ آتش زنی □ نقب زنی □ پیچھا کرنا □ موٹر گاڑی (DUI/DWI) □ اغوا کرنا □ جنسی زیادتی □ موٹر گاڑی (دیگر) □ بیچے کے ساتھ جسمانی زیادتی/بے توجہی □ دہشت گردی □ آتش زنی □ انسانوں کی اسمگلنگ □ دھوکہ/مالی □ ڈکیتی (کوئی چوٹ نہیں) □ انسانوں کی اسمگلنگ □ دیگر (وضاحت کریں): □ دیگر (وضاحت کریں):

جرم کہاں پر پیش آیا؟ (صرف ایک کو نشان زد کریں۔) □ دفتر □ اپنی ملکیت والی رہائش گاہ □ اپارٹمنٹ عمارت □ پبلک اسٹریٹ

□ سب وے/بس □ پارکنگ لاٹ □ ریسٹورانٹ/بار □ اسکول/اسکول کے میدان □ شاپنگ مال □ دیگر (وضاحت کریں):

کیا اس جرم کا تعلق خانگی تشدد سے تھا؟ □ ہاں □ نہیں □ نامعلوم

کیا اس جرم کا تعلق ایذا رسانی سے تھا؟ □ ہاں □ نہیں □ نامعلوم

کیا اس جرم کا تعلق بڑوں کے ساتھ بدسلوکی/بے توجہی سے تھا؟ □ ہاں □ نہیں □ نامعلوم

کیا یہ منافرت کا جرم تھا؟ □ ہاں □ نہیں □ نامعلوم

کیا جرم پیش آنے کے وقت متاثرہ فرد لائیوری کیب چلا رہا تھا؟ □ ہاں □ نہیں □ نامعلوم

کیا متاثرہ فرد کی املاک کا خسارہ یا نقصان کسی فرد کے خلاف جرم کو روکنے یا بند کرنے کی کوشش کرتے وقت یا جرم کو روکنے میں حکام کی مدد کرتے وقت ہوا تھا؟ □ ہاں □ نہیں □ نامعلوم

جرم کا رپورٹ نمبر: \_\_\_\_\_ پولیس یا فوجداری انصاف ایجنسی نے رپورٹ کی بنام: \_\_\_\_\_

وہ کاؤنٹی جہاں جرم ہوا: \_\_\_\_\_ جرم کی تاریخ: \_\_\_\_\_ جرم کی اطلاع ملنے کی تاریخ: \_\_\_\_\_

اگر جرم کے ارتکاب کی تاریخ اور جرم کی رپورٹ کیے جانے کی تاریخ کے درمیان 7 دن سے زائد کا وقفہ ہے تو، وجہ بیان کریں: \_\_\_\_\_

اگر جرم کی تاریخ اور یہ دعویٰ دائر کیے جانے کی تاریخ کے بیچ 1 سال سے زیادہ کا وقفہ ہے تو، وجہ بیان کریں: \_\_\_\_\_

جرم کو خود اپنے الفاظ میں بیان کریں: \_\_\_\_\_

#### 4. مشکوک فرد کے بارے میں ہمیں بتائیں۔ مشکوک فرد کا نام (اگر آپ کو معلوم ہے): \_\_\_\_\_

کیا مشکوک فرد اس جرم کے لیے گرفتار ہوا ہے؟  ہاں  نہیں

کیا مشکوک فرد کا اس جرم کے لیے مواخذہ ہوا ہے؟  ہاں  نہیں

کیا مشکوک فرد متاثرہ فرد کے ہی گھر میں رہتا ہے یا کیا مشکوک فرد متاثرہ فرد کی فیملی کا ممبر ہے؟  ہاں  نہیں

کیا عدالت نے اس کیس میں تحفظ کا آرڈر جاری کیا ہے؟  ہاں  نہیں (اگر ہاں تو ایک نقل منسلک کریں)

کیا DA نے عدالت سے تلافی کا آرڈر کرنے کی گزارش کی ہے؟  ہاں  نہیں

کیا عدالت نے مشکوک فرد کو آرڈر کیا ہے کہ وہ معاوضہ ادا کرے؟  ہاں (رقم \$ \_\_\_\_\_)  نہیں

ابھی تک نہیں  ابھی تک نہیں

نوٹ - اگر آپ معاوضہ کے اہل ہیں تو، OVS نیچے مندرج اخراجات کے لیے باز ادائیگی کرنے پر قادر ہو سکتا ہے۔ عدالت کے آرڈر کردہ تلافی کے حصے کے طور پر ان آئٹموں کی بھی درخواست کی جائے۔ اگر یہ فوجداری معاملہ ہے تو درخواست دہندگان کو استغاثہ کے ساتھ یہ معلومات شیئر کرنے کی ترغیب دی جاتی ہے۔ تلافی کے بارے میں اہم معلومات کے لیے عدالت کے آرڈر کردہ تلافی کی معلومات کا صفحہ دیکھیں۔

#### 5. اس جرم سے متعلق اپنے اخراجات کے بارے میں ہمیں بتائیں۔ (وہ سبھی نشان زد کریں جو لاگو ہوتے ہیں)۔

میڈیکل/ایمپونس  سپورٹ کا نقصان  چھوٹی بونی اجرتیں  ذاتی نقل و حمل

جرم کے جانے وقوع کی صفائی (صرف وفات کا دعویٰ)  DV کی پناہ گاہ  طبی/مشاورت

سیکورٹی ڈیوائس/سسٹم  حرفتی/دوبارہ بحالی  منقلی/اسٹوریج  عدالت

مشاورت  آخری رسوم/تدفین  لازمی ذاتی املاک  بجٹ کا نقصان

دیگر (وضاحت کریں): \_\_\_\_\_

#### 6. کوئی ایسی لازمی ذاتی املاک، جیسے نقدی، عینکیں، یا کپڑے درج کریں جنہیں اس جرم کے سبب بدلنے کی ضرورت ہے۔ (اگر کوئی نہیں ہے تو، 7 پر پہنچیں)۔

بیان کریں کہ کیا چھوٹ گیا/نقصان پہنچا: \_\_\_\_\_ لاگت \$ \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_ لاگت \$ \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ لاگت \$ \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ لاگت \$ \_\_\_\_\_

گھر مالک/کرایہ دار کی بیمہ کمپنی	پالیسی یا آئی ڈی نمبر	کٹوتی \$ _____
آٹو/دیگر بیمہ کمپنی	پالیسی یا آئی ڈی نمبر	کٹوتی \$ _____

-- اگر کوئی ضرر نہیں پہنچا تھا اور آپ صرف لازمی ذاتی املاک کی مراعات کی گزارش کر رہے ہیں تو، 15 پر پہنچیں۔ --

#### 7. متاثرہ فرد یا والدین کی ملازمت اور چھوٹی بونی اجرتوں کے بیمہ کے بارے میں ہمیں بتائیں۔

اگر آپ نہیں چاہتے ہیں کہ ہم آپ کے آجر سے رابطہ کریں تو، آپ چھوٹی بونی اجرتوں کے لیے باز ادائیگی کی گزارش نہیں کر سکتے۔ (8 پر جائیں)۔

کیا متاثرہ فرد/بیمہ دار میں بھرتی نابالغ متاثرہ فرد کے والدین جرم پیش آنے کے وقت بر سر ملازمت تھے؟  ہاں  نہیں (اگر نہیں تو، 8 پر جائیں)

کیا متاثرہ فرد/بیمہ دار میں بھرتی نابالغ متاثرہ فرد کے والدین جرم کی وجہ سے کام سے محروم ہوئے؟  ہاں  نہیں

کیا متاثرہ فرد/والدین از خود بر سر روزگار تھے؟  ہاں  نہیں (اگر ہاں تو، پچھلے سال کے ٹیکس ریٹرن اور تمام شیڈولز کی نقول منسلک کریں)۔

آجر کا نام، پتہ، اور فون نمبر:

( ) \_\_\_\_\_

ملازم \_\_\_\_\_ گلی \_\_\_\_\_ شہر \_\_\_\_\_ ریاست \_\_\_\_\_ زپ کوڈ \_\_\_\_\_ فون نمبر \_\_\_\_\_

دیگر آجر کا نام، پتہ، اور فون نمبر:

( ) \_\_\_\_\_

ملازم \_\_\_\_\_ گلی \_\_\_\_\_ شہر \_\_\_\_\_ ریاست \_\_\_\_\_ زپ کوڈ \_\_\_\_\_ فون نمبر \_\_\_\_\_

اس ڈاکٹر کا نام، پتہ، اور فون نمبر جس نے تصدیق کی کہ متاثرہ فرد کام کرنے نہیں جا سکتا:

( )

فون نمبر

زپ کوڈ

ریاست

شہر

گلی

ڈاکٹر

ہمیں کسی ایسی بیمہ کمپنی کے بارے میں بتائیں جو کام پر متاثرہ فرد کے چھوٹے ہوئے کام کا احاطہ کرے گا۔ (اگر کوئی نہیں ہو تو، نیچے "کوئی نہیں" لکھیں اور 8 پر جائیں۔)

پالیسی یا آئی ڈی نمبر یا "کوئی نہیں"

پالیسی یا آئی ڈی نمبر یا "کوئی نہیں"

1. بے روزگاری بیمہ	5. ورکرز کمپنیشن		
2. معذوری بیمہ	6. دیگر بیمہ		
3. پنشن پلان	7. سوشل سیکیورٹی کی مراعات (SSN مطلوب ہے)	SSN _____-_____-_____	
4. دیگر بیمہ	8. SSI کی مراعات (SSN مطلوب ہے)	SSN _____-_____-_____	

8. اگر متاثرہ فرد کی وفات ہو گئی، اور اگر تدفین سے متعلق آپ کے اخراجات ہیں تو، نیچے پُر کریں۔ (اگر نہیں تو، 9 پر جائیں۔) نیز، تدفین خانہ کے معاہدہ، تدفین کے اخراجات کے لیے دیگر بلوں کی نقل، اور سند وفات اگر آپ کے پاس ہے تو اس کی ایک نقل منسلک کریں۔

فون نمبر: ( )

جنازہ گھر کا نام: \_\_\_\_\_

پتہ: \_\_\_\_\_

زپ کوڈ

ریاست

شہر

گلی

9. اگر اس جرم کی وجہ سے متاثرہ فرد کو ضرر پہنچا تھا یا اس کی وفات ہوئی تھی تو، نیچے پُر کریں:

متاثرہ فرد کے نقصانات بیان کریں، مختصراً: \_\_\_\_\_

کیا متاثرہ فرد کو کوئی طبی علاج موصول ہوا؟  ہاں  نہیں (اگر نہیں، تو سیکشن 10 پر جائیں)

اس جرم سے تعلق رکھنے والے ضرر کے مدنظر متاثرہ فرد کا علاج کرنے والے صحت کے پیشہ ور افراد کے بارے میں ہمیں بتائیں:

فون نمبر

مکمل پتہ

پورا نام

پہلا ہسپتال	_____	( )	_____
دیگر ہسپتال	_____	( )	_____
پہلا ڈاکٹر (ہسپتال میں نہیں)	_____	( )	_____
دیگر ڈاکٹر	_____	( )	_____
پہلا دانٹ کا ڈاکٹر	_____	( )	_____
متاثرہ فرد کا صلاح کار	_____	( )	_____

10. متاثرہ فرد کے منحصرین یا امداد کے لیے متاثرہ فرد پر منحصر دیگر افراد کے بارے میں ہمیں بتائیں۔ (اگر کوئی نہیں تو، 11 پر جائیں۔)

منحصر	نام	سوشل سیکیورٹی نمبر	تاریخ پیدائش	متاثرہ فرد سے رشتہ
	پتہ	_____	_____	کیا آپ قانونی سرپرست ہیں؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
دیگر منحصر	نام	سوشل سیکیورٹی نمبر	تاریخ پیدائش	متاثرہ فرد سے رشتہ
	پتہ	_____	_____	کیا آپ قانونی سرپرست ہیں؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
دیگر منحصر	نام	سوشل سیکیورٹی نمبر	تاریخ پیدائش	متاثرہ فرد سے رشتہ
	پتہ	_____	_____	کیا آپ قانونی سرپرست ہیں؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں

اگر 3 سے زیادہ منحصرین ہوں تو، ایک علیحدہ پرچہ منسلک کریں اور یہاں نشان زد کریں

11. کیا متاثرہ فرد کے علاوہ کسی اور نے اس جرم کے سبب مشاورت موصول کی؟ (اگر نہیں تو، 12 پر جائیں)

پالیسی یا آئی ڈی نمبر	بیمہ کمپنی جس کو مشاورت کا بل بھیجا گیا	متاثرہ فرد سے رشتہ	کس نے مشاورت موصول کی؟
			صلاح کار کا نام، پتہ اور فون نمبر:
پالیسی یا آئی ڈی نمبر	بیمہ کمپنی جس کو مشاورت کا بل بھیجا گیا	متاثرہ فرد سے رشتہ	اور کس نے مشاورت موصول کی؟
			صلاح کار کا نام، پتہ اور فون نمبر:

اگر 2 سے زائد لوگوں نے اس جرم کی وجہ سے مشاورت موصول کی تو، یہاں نشان زد کریں اور بیان کرنے کے لیے ایک علیحدہ پرچہ منسلک کریں

12. متاثرہ فرد یا متاثرہ فرد کے متاثرین کا احاطہ کرنے والا کوئی بیمہ درج کریں۔ اگر کوئی بیمہ نہیں ہے تو، نیچے ”کوئی نہیں“ لکھیں۔ اگر آپ نے درخواست دی ہے لیکن ابھی تک احاطہ نہیں ہوا ہے تو، پالیسی یا آئی ڈی نمبر کے تحت ”زیر التوا“ لکھیں۔

پالیسی یا آئی ڈی نمبر اس بیمہ میں شامل فرد (افراد) کا نام:

ابتدائی بیمہ کمپنی	
بڑی طبی بیمہ کمپنی	
دیگر بیمہ (یونین، ٹینٹل، بینائی، وغیرہ)	
Medicare	
Medicaid	
ورکرز کمپنیشن	
آٹو بیمہ	
دیگر بیمہ	

13. اگر متاثرہ فرد کی وفات ہو گئی تو، زندگی کے کسی بیمہ یا موت سے متعلق مراعات کے بارے میں ہمیں بتائیں۔ (اگر متاثرہ فرد کی وفات نہیں ہوئی، یا اس کے پاس زندگی کا کوئی بیمہ نہیں تھا یا موت سے متعلق مراعات نہیں تھیں تو، 14 پر پہنچیں۔)

کمپنی کا نام	پتہ	فون نمبر	پالیسی یا آئی ڈی نمبر
جیون بیمہ		( )	
پنشن پلان		( )	
دیگر		( )	
بیمہ/پلان		( )	
Medicaid		( )	
ورکرز		( )	
کمپنیشن		( )	

اگر کوئی دیگر بیمہ یا موت سے متعلق مراعات ہوں تو، یہاں درج کریں:

کیا ان میں سے کوئی بھی پالیسی متاثرہ فرد کی تدفین کے اخراجات کا احاطہ کرتی ہے؟  ہاں  نہیں  
کیا کسی نے سوشل سیکیورٹی ڈیٹہ بینیفٹ کے لیے درخواست دی ہے؟  ہاں  نہیں

14. اپنی مالی صورتحال کے بارے میں ہمیں بتائیں۔ آپ کو نیچے کے تمام سیکشنز کو پُر کرنا ضروری ہے۔ اگر کوئی نہیں ہے تو، صفر (0) درج کریں۔

آپ کے کتنے منحصرین ہیں؟

آپ کی کل ماہانہ آمدنی (سبھی ذرائع سے) کتنی ہے؟ اگر آپ پریقین نہیں ہیں تو، اندازہ لگائیں: \$

اپنے تمام اثاثے اور اپنے تمام قرضے نیچے درج کریں۔ اگر آپ پریقین نہیں ہیں تو، اندازہ لگائیں۔ اگر ضرورت ہو تو، اضافی صفحات منسلک کریں۔

آپ کے اثاثے - اگر کوئی نہیں ہے تو، صفر (0) درج کریں۔	آپ کے قرضے - ابھی آپ پر کتنا بقایا ہے؟
سیونگر، اسٹاکس، بانڈز	\$
منقولہ املاک (مکان، وغیرہ)	\$
رہن	\$
زندگی کے بیمہ سے پروسیڈرز	\$
لون	\$

15. کیا کوئی پرائیویٹ وکیل (ڈسٹرکٹ اٹارنی نہیں) آپ کی نمائندگی کر رہا ہے؟ ہاں  نہیں   
اگر ہاں:

وکیل کا نام \_\_\_\_\_ پتہ \_\_\_\_\_ فون نمبر \_\_\_\_\_ ( )

16. نمائندے سے بات کرنے کا اجازت نامہ  
اگر آپ اپنے دعوے کے سلسلے میں فیملی ممبر، دوست یا دیگر شخص کو OVS سے بات کرنے کی اجازت دینا چاہیں تو، یہاں درج کریں:

فرد کا نام \_\_\_\_\_ پتہ \_\_\_\_\_ فون نمبر \_\_\_\_\_ ( )

### 17. متاثرہ فرد/مدعی کا اجازت نامہ

میں تسلیم کرتا/کرتی ہوں کہ آفس آف وکٹم سروسز (OVS) کی جانب سے کوئی ایوارڈ قبول کرنے سے اس جرم کے تعلق سے کسی وصولیابی کے حوالے سے ریاست نیو یارک کے حق میں حق دعویٰ کی تخلیق ہوئی ہے جس پر اس دعویٰ کی بنیاد ہے، جس میں کوئی فیصلہ، تصفیہ یا معاوضہ کا آرڈر شامل ہے۔ میں مزید کسی بھی فیونرل ڈائریکٹر، اٹارنی، آجر، پولیس یا دیگر سرکاری اتھارٹی، بیمہ کمپنی یا منکورہ بالا کو خدمات فراہم کرنے والے، اس کی جانکاری رکھنے والے کسی شخص کو، OVS یا اس کے نمائندوں کو درج ذیل معلومات فراہم کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں: ورکرز کمپنیشن کے ریکارڈز، جرم سے یا جرم کے نتیجے میں ہونے والے کسی ضرر یا موت سے متعلق معلومات، اور اس دعوے سے متعلق معلومات۔ اگر کوئی ایوارڈ دیا جاتا ہے، تو میں OVS کو براہ راست خدمات فراہم کرنے والے کو ادائیگی کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔ میں VAP یا مقامی حکومت کے ادارے کے لیے جرائم کے متاثرین کی مدد کرنے کے لیے میرے دعوے پر کارروائی کرنے، اس کا تعین کرنے، اور خدمات کو مربوط کرنے میں OVS کی مدد کرنے کے لیے OVS کو اس دعوے کے لیے مرتب کردہ اپنی معلومات اور ریکارڈز کو اس درخواست پر درج مقامی وکٹم اسسٹنس پروگرام (Victim Assistance Program, VAP) یا نیو یارک اسٹیٹ میں قائم کسی مقامی حکومتی ادارے کے ساتھ شیئر کرنے کی بھی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔ اگر نیچے کوئی نجی وکیل بیان کیا گیا ہے تو، میں OVS کو یہ بھی اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ وہ میرے نمائندے کے طور پر کام کرنے کے لیے میری معلومات اور اس دعویٰ کے لیے مرتب کردہ ریکارڈز وکیل کے ساتھ شیئر کر سکتا ہے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میرے وکیل کی جانب سے ایک علیحدہ حاضری کا نوٹس اس اجازت نامہ کے علاوہ درکار ہوگا۔ اگر کوئی فیملی ممبر، دوست یا دیگر فرد نیچے بیان کیا گیا ہے تو، میں OVS کو اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ وہ اس دعوے سے متعلق میری مدد کرنے کے لیے میری معلومات اور اس دعویٰ کے لیے مرتب کردہ ریکارڈز اس فرد کے ساتھ شیئر کر سکتا ہے۔

اس اجازت نامہ کی فوٹو کاپی اصل کی طرح مؤثر مانی جائے گی۔

دن کے وقت کا فون \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_ دعویدار کا دستخط \_\_\_\_\_ ( )

ای میل: \_\_\_\_\_ وہ زبان جو آپ بولنا پسند کرتے ہیں:  انگریزی  ہسپانوی  چینی  
 عربی  ہینی کریول  اطالوی  کوریائی  روسی  ہندش  
 بنگالی  فرانسیسی  اردو  
دیگر \_\_\_\_\_  
مترجم کی ضرورت ہے:  ہاں  نہیں

آپ کے دعوے پر کارروائی کرنے کے لیے، ہمیں درج ذیل دستاویزات ڈاک سے بھیجیں: (ایک کاپی اپنے ریکارڈز کے لیے رکھیں۔)

- اس فارم پر درج خدمات کے لیے تمام بل اور رسیدیں۔
  - آپ کا مکمل کردہ، دستخط کردہ دعویٰ فارم
  - اس فارم پر درج ہر خدمت فراہم کنندہ کے لیے ایک مکمل شدہ HIPAA فارم (آپ HIPAA فارم کی فوٹو کاپی کریں۔)
  - اس فارم پر درج خدمات کے لیے ادائیگیاں سے منع کرنے یا اس کی اجازت دینے والے کسی بیمہ دہندہ کی جانب سے خطوط
- یاد رکھیں: آپ کو OVS کے ادا کر پانے سے قبل اپنی بیمہ کمپنی یا بینیفٹس پلان کو بل بھیجنا ضروری ہے۔

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

اپنی دستاویزات اس پتے پر ڈاک سے بھیجیں:



**HIPAA کے بموجب معلومات صحت کے اجراء کے لیے اجازت نامہ**  
[یہ نیو یارک اسٹیٹ کے محکمہ صحت سے منظور شدہ ہے]

مریض کا نام	تاریخ پیدائش	سوشل سیکورٹی نمبر XXX-XX-
مریض کا پتہ		

میری، یا میرے مجاز نمائندہ کی درخواست ہے کہ میر نگہداشت اور علاج کے سلسلے میں معلومات صحت اس فارم میں مذکور کے مطابق جاری کی جائیں:

- نیو یارک اسٹیٹ کے 1996 کے صحت بیمہ کی انتقال پذیری اور جوابدہی قانون (HIPAA) کے قانون اور رازداری کے اصول کے مطابق، میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ: یہ اجازت نامہ **الکحل اور منشیات کے بیجا استعمال، ذہنی صحت کے علاج سے متعلق معلومات کے افشاء پر مشتمل ہے**، سوائے فزیوتھراپی نوٹس اور HIV سے متعلق خفیہ معلومات کے صرف اس صورت میں کہ میں آئٹم 9(a) میں مناسب سطر پر اپنے مختصر دستخط کر دوں۔ ایسی صورت میں کہ نیچے بیان کردہ معلومات صحت میں ان اقسام کی معلومات میں سے کوئی شامل ہوں اور میں آئٹم 9(a) میں موجود باکس پر لائن پر اپنے مختصر دستخط کرو، میں خاص طور پر آئٹم 8 میں بیان کردہ شخص (اشخاص) کو اس طرح کی معلومات جاری کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔
- اگر میں HIV سے متعلق، الکحل یا منشیات کے علاج، یا ذہنی صحت کے علاج کی معلومات جاری کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں تو، وصول کنندہ کو میرے اجازت نامہ کے بغیر اس طرح کی معلومات کا دوبارہ افشاء کرنے سے ممنوع قرار دیا جاتا ہے الا یہ کہ وفاقی یا ریاستی قانون کے تحت ایسا کرنے کی اجازت ہو۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ مجھ ان لوگوں کی فہرست طلب کرنے کا حق ہے جو اجازت نامہ کے بغیر HIV سے متعلق میری معلومات موصول یا استعمال کر سکتے ہیں۔ اگر مجھے HIV سے متعلق معلومات کے اجراء یا افشاء کی وجہ سے امتیازی سلوک کا سامنا ہوتا ہے تو، میں نیو یارک اسٹیٹ کے شعبہ برائے انسانی حقوق سے 480-2493 (212) پر یا نیو یارک سٹی کے کمیشن برائے انسانی حقوق سے 306-7450 (212) پر رابطہ کر سکتا/سکتی ہوں۔ یہ ایجنسیاں میرے حقوق کا تحفظ کرنے کی ذمہ دار ہیں۔
- مجھے نیچے مندرج نگہداشت صحت فراہم کنندہ کو خط لکھ کر کبھی بھی یہ اجازت نامہ کالعدم قرار دینے کا حق ہے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میں یہ اجازت نامہ کالعدم قرار دے سکتا/سکتی ہوں سوائے اس حد کے کہ اس اجازت نامہ کی بنیاد پر پہلے کارروائی ہو چکی ہو۔
- میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس اجازت نامہ پر دستخط کرنا رضاکارانہ ہے۔ میرا علاج، ادائیگی، صحت منصوبے میں اندراج، یا مراعات کے لیے اہلیت اس افشاء کے میرے اجازت نامے پر مشروط نہیں ہوگی۔
- اس اجازت نام کے تحت افشاء کردہ معلومات کا وصول کنندہ کے ذریعے دوبارہ افشاء کیا جا سکتا ہے (آئٹم 2 میں جیسا مذکور ہے اس کو چھوڑ کر)، اور اس دوبارہ افشاء کا وفاقی یا ریاستی قانون کے ذریعے مزید تحفظ نہیں کیا جا سکتا۔
- یہ اجازت نامہ آپ کو میری معلومات صحت یا طبی نگہداشت پر اٹارنی یا آئٹم 9 (b) میں صراحت کردہ سرکاری ایجنسی کے علاوہ کسی سے بھی گفتگو کرنے کی اجازت نہیں دیتا ہے۔

7. یہ معلومات جاری کرنے کے لیے صحت فراہم کنندہ یا ہستی کا نام اور پتہ:

8. اس شخص (اشخاص) کا نام اور پتہ یا اس شخص کا زمرہ جس کو یہ معلومات بھیجی جائیں گی:

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

9(a). مخصوص معلومات جو جاری کرنی ہیں:

- طبی ریکارڈ (تاریخ درج کریں) تا (تاریخ درج کریں)
- پورا طبی ریکارڈ، بشمول مریض کی سرگزشت، دفتر کے نوٹس (فزیوتھراپی نوٹس کے علاوہ)، ٹیسٹ کے نتائج، ریڈیولوجی کے مطالعے، فلمیں، حوالے، مشاورتیں، بلنگ کے ریکارڈ، بیمہ کے ریکارڈ، اور دیگر نگہداشت صحت فراہم کنندہ کی طرف سے آپ کو مرسلہ ریکارڈز
- دیگر \_\_\_\_\_

شامل کریں: (مختصر دستخط کر کے بیان کریں)

الکحل/منشیات کا علاج \_\_\_\_\_

ذہنی صحت کی معلومات \_\_\_\_\_

HIV سے متعلق معلومات \_\_\_\_\_

معلومات صحت پر گفتگو کرنے کا اجازت نامہ

(b)  یہاں دستخط کر کے \_\_\_\_\_ میں اجازت دیتا/دیتی ہوں

نگہداشت صحت فراہم کنندہ فرد کا نام

دستخط

کو میرے اٹارنی، یا یہاں پر مندرج سرکاری ایجنسی کو میری معلومات صحت پر گفتگو کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں:

نیو یارک اسٹیٹ آفس آف وکٹم سروسز

(اٹارنی/فرم کا نام یا سرکاری ایجنسی کا نام)

10. معلومات کے اجراء کی وجہ:

11. تاریخ یا وقوعہ جب اس اجازت نامہ کی میعاد ختم ہو جائے گی:  
آفس آف وکٹم سروسز کی مراعات کے لیے فرد کی اہلیت ختم ہو جائے  
پر اس اجازت نامہ کی میعاد ختم ہو جائے گی۔

نیو یارک اسٹیٹ آفس آف وکٹم سروسز کی مراعات کے لیے اہلیت قائم  
کرنے کے مقاصد سے فرد کی درخواست پر۔

13. مریض کی جانب سے دستخط کرنے کا اختیار:

12. اگر مریض نہیں ہیں تو، فارم پر دستخط کرنے والے شخص کا نام:

اس فارم میں درج سبھی آئٹم مکمل کیے گئے ہیں اور اس فارم کے بارے میں میرے سبھی سوالوں کا جواب دیا گیا ہے۔ اس کے علاوہ، مجھے فارم کی ایک نقل دی گئی ہے۔

تاریخ:

مریض یا قانون سے اجازت یافتہ نمائندے کے دستخط

\* ہیومن امیونو ڈیفیسینسی وائس جو AIDS کا سبب بنتا ہے۔ نیو یارک اسٹیٹ کا صحت عامہ کا قانون ان معلومات کا تحفظ کرتا ہے جو معقول حد تک کسی فرد کی نشاندہی HIV کی علامات یا انفیکشن کے حامل، اور کسی شخص کے روابط کے سلسلے میں معلومات کے بطور کر سکتی ہیں۔