



如何申请赔偿

哪些人群可申请赔偿？

无辜的犯罪受害者、某些亲属、被扶养人、法定监护人和符合资格的见义勇为者可向受害者服务办公室 (Office of Victim Services, OVS) 申请保险或其他资源未赔付的自付费用赔偿。

可以申请哪些赔偿费用？

OVS 提供如下各项相关赔偿：人身伤害、死亡、个人必要财产损失。

OVS 可能赔偿的具体费用包括：

- 医疗、药品和咨询费用
- 必要财产损失 (最高 \$500, 其中包括现金 \$100)
- 安葬或丧葬费用 (最高 \$6,000)
- 工资损失或赡养费损失 (最高 \$30,000) (住院未成年子女的父母或监护人可能有资格获得此福利。)
- 交通费 (法庭/医疗)
- 专业/职业康复服务费
- 安全装置和 DV 庇护所费
- 犯罪现场清理费 (最高 \$2,500)
- 因善行而导致的财产损失 (最高 5,000)
- 搬迁费 (最高 \$2,500)

如何申请赔偿？

请将填妥的 OVS 申请表连同下列文件的副本一起寄给我们：

- 警方报告
- 医疗账单
- 与保险公司或福利计划来往的信函，说明他们是否会赔偿您的损失
- 保险卡
- 重要个人财产的收据
- 死亡证明和殡葬合同
- 受害者出生证明
- 年龄证明 (驾照、出生证明等)
- 法定监护权文件

如果没有某些 OVS 要求的文件该怎么办？

立即邮寄申请表，稍后再邮寄其他文件。

如果财产因犯罪行为丢失、损坏或损毁，该如何处理？

如果您未满 18 周岁，已满或超过 60 周岁、残障或受伤，您可申请福利以偿还其他资源未赔付的个人必要财产。

*必要财产*是指维持健康和福利的必需品，例如眼镜及衣物。

如果搬家了该怎么办？

立即向 OVS 发送签名信件。告知您的新地址和新电话号码。另外，如果您更改了电子邮件地址，也请通知我们。

谁可以签署索赔申请表？

通常而言，受害者必须签署索赔申请表。然而，若受害者未满 18 周岁，或身体上或精神上无能力签署，则必须由其法定监护人 (领取福利的个人) 填写索赔申请表第 2 节并签署索赔申请表。

若受害者去世，申请福利的个人必须填写索赔申请表第 2 节并签署索赔申请表。

是否存在其他申请方式？

是的。请访问 ovs.ny.gov 以进入安全受害者服务门户网站 (Victim Service Portal, VSP)，并在线提交申请。

是否必须填写随附的 HIPAA 表？

是的。针对**每位**服务提供者填写一份 HIPAA 表。您可复印空白表格制作更多副本。

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

法院判定的赔偿信息

何为赔偿？

赔偿是指刑事犯罪的犯罪人就刑事犯罪导致的损失或损害支付给受害者的赔偿金。赔偿必须在法院判决时下令，且被视为判决的一部分。

赔偿不用作赔付未来损失、精神创伤或“疼痛与痛苦”损害。

如果地方检察官 (District Attorney, DA) 办公室通知法院您已提出赔偿要求，或者如果缓刑调查报告（判决前、抗辩前或处理前报告）包含的受害者影响陈述表明受害者要求赔偿，则法院必须判定赔偿，除非司法另有规定。如果法官不判定赔偿，法官必须在记录中明确说明其理由。

可以要求赔偿哪些费用？

您可以要求赔偿刑事犯罪所导致的任何费用，即使是 OVS 可能无法赔偿的项目。赔偿可包括但不限于医疗账单、咨询费用、收入损失、丧葬费、保险扣除额和被盗或损坏财产偿还。

谁有权要求赔偿？

刑事犯罪的受害者以及遭受伤害、经济损失或损害的任何人都可以寻求赔偿。很多时候，理应获得赔偿的受害者并没有要求赔偿。发生这种情况的原因可能是受害者没有意识到他们有权要求赔偿，或者不清楚可通过哪些程序获得应得的赔偿。

如何要求赔偿？

您应该联系地方检察官办公室，告诉他们您的受伤程度、现款支付损失以及您要求的赔偿金额。

您有责任向警察、地方检察官以及应要求向地方缓刑部门提供账单副本，以及其他文件，说明您的受伤程度、现款支付损失和您希望法院纳入考量的赔偿金额。您的赔偿申请将包含在缓刑调查报告（判决前、抗辩前或处理前报告）中。确保：

- 进行准确的记录，例如刑事犯罪直接导致您承担的任何费用的原始收据。
- 将这些收据的副本送交警察、地方检察官和地方缓刑部门。

您需要尽快向地方检察官、受害者/证人的代表以及缓刑部门清楚说明您的赔偿要求。认罪协议可能会在实际刑事犯罪发生之后几天内达成。如果未在认罪协议和判决前提供这些信息，您可能需要在民事法院追究犯罪人的责任。

地方检察官有义务代表您向法院申请判定赔偿。

在所有重罪刑事案件、许多轻罪刑事案件和所有青少年犯罪和需管教个人 (Persons In Need of Supervision, PINS) 案例中，需要提供判决前或处理前调查报告。地方缓刑部门将会就赔偿问题与您取得联系，因为这与您的个案相关。

如何裁定赔偿？

赔偿金额基于刑事犯罪导致您现金支付损失的证据。犯罪人有权对于赔偿金额提出异议。法院可针对赔偿问题举行听证会，并在听证会上考虑犯罪人的支付能力。地方检察官办公室会与您联系，并要求您在赔偿听证会上作证。如果您对于亲自出庭心存顾虑，应与被指派负责您个案的地方检察官商讨替代方案。

如果 OVS 已经支付您的账单，法院可判定将这些已付款项目的赔偿款项支付给 OVS。请务必告知地方检察官办公室，您已经向 OVS 提出索赔要求。

如果您已向 OVS 提出索赔要求，请务必告知 OVS 法院是否判定犯罪人支付赔偿。

请先阅读
如何申请赔偿内容
再填写此表。

赔偿申请表

纽约州受害者服务办公室



请以正楷填写。回答所有问题。申请虚假索赔属违法行为！

受害者援助计划专用

OV5 VAP ID 号码	计划名称/电话	律师姓名/电子邮件
---------------	---------	-----------

1. 受害者个人资料。

姓氏	名字:	中间名首字母	社会安全号码 <input type="checkbox"/> 如果您没有该号码, 请勾选此处	出生日期	
邮寄地址:					
街道	公寓号码 (或邮政信箱)	城市:	县:	州 (或外国)	邮政编码
种族/民族: <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚裔印度人 <input type="checkbox"/> 中国人 <input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> 菲律宾人 <input type="checkbox"/> 韩国人 <input type="checkbox"/> 越南人 <input type="checkbox"/> 孟加拉人 <input type="checkbox"/> 巴基斯坦人 <input type="checkbox"/> 关岛人 <input type="checkbox"/> 查莫罗人 <input type="checkbox"/> 萨摩亚人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 多种族					
婚姻状况: <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 与伴侣同居					
性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> 不愿透露		在遭遇犯罪行为时, 受害者是否为残障人士? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知			

最初从何处得知受害者服务办公室?

警察 医院 地方检察官 受害者援助计划 收音机/电视 宣传册/海报 网络 其他

2. 如果您不是受害者, 而在此份索赔申请表上签名, 您就是索赔人。请告知我们您的个人资料。(请参阅说明页上的“谁可以在索赔申请表上签名?”)

姓氏	名字	中间名首字母	社会安全号码 <input type="checkbox"/> 如果您没有该号码, 请勾选此处	出生日期	
邮寄地址:					
街道	公寓号码 (或邮政信箱)	城市	县	州 (或外国)	邮政编码

您与受害者的关系? (请仅勾选一项)

父母 配偶 子女 法定监护人 律师 其他 (请说明) _____

3. 告诉我们案发当时的情况。(请仅勾选一项。)

受害者死亡的原因是:

- 机动车 (酒后驾车/醉酒驾车)
- 机动车 (其他)
- 恐怖主义
- 纵火
- 人口贩卖
- 其他谋杀

受害者受伤的原因是:

- 袭击
- 性侵犯
- 儿童身体虐待/忽视
- 儿童性虐待
- 机动车 (酒后驾车/醉酒驾车)
- 机动车 (非酒后驾车/醉酒驾车)
- 儿童色情作品
- 跟踪
- 绑架
- 恐怖主义
- 纵火
- 抢劫
- 人口贩卖

其他 (请说明): _____

受害者损失个人必要财物的原因是:

- 入室盗窃
- 机动车 (酒后驾车/醉酒驾车)
- 机动车 (非酒后驾车/醉酒驾车)
- 人口贩卖
- 抢劫 (无人身伤害)
- 纵火
- Criminal 恶作剧
- 欺诈/金融诈骗
- 犯罪

其他 (请说明): _____

犯罪地点? (请仅勾选一项。)

工作地点 业主住宅 公寓大楼 公用街道
地铁/公共汽车 停车场 餐厅/酒吧 学校/校内 商场 其他 (请说明): _____

- 是否为家庭暴力相关犯罪? 是 否 未知
- 是否为霸凌相关犯罪? 是 否 未知
- 是否为年长者虐待/忽视相关犯罪? 是 否 未知
- 是否为仇恨犯罪? 是 否 未知
- 犯罪案件发生时, 受害者是否正驾驶电召计程车? 是 否 未知
- 受害者的财产是否是在试图避免或阻止别人实施犯罪或在帮助当局阻止犯罪期间丢失或损坏的? 是 否

犯罪笔录编号: _____ 接获报案的警察或刑事司法机构: _____
犯罪案件发生的县: _____ 犯罪日期: _____ 接获报案的日期: _____
如果犯罪发生日期与报案日期的间隔超过 7 天, 请说明原因: _____

如果犯罪发生日期与您填写此索赔申请表的日子间隔超过 1 年, 请说明原因: _____

自述犯罪案件: _____

4. 向我们提供嫌疑人的信息。 嫌疑人姓名 (如果您知道): _____

嫌疑人是否已因此项罪行而遭到逮捕? 是 否
嫌疑人是否已因此项罪行而遭到起诉? 是 否 尚未
嫌疑人是否和受害者住在一起
或者嫌疑人是否为受害者的家人? 是 否
法院是否已就本案发布保护令? 是 否 (如是, 请附上副本。)
地方检察官是否已向法院请求赔偿命令? 是 否 尚未
法院是否已命令嫌疑人支付赔偿金? 是 (金额 \$ _____) 否 尚未

请注意 - 如果您有资格获得赔偿, OVS 可偿付下列费用。这些项目也应该包括在法院命令的赔偿中。倘若是刑事案件, 申请人最好向检察官提供此类信息。请参阅“法院判定的赔偿信息”页面, 以了解关于赔偿的重要信息。

5. 您在本犯罪案件中的相关支出。(勾选所有适用项。)

医疗/救护车 支持损失 薪资损失 个人交通费
犯罪现场清理费 (仅因死亡索偿) DV 庇护所费 医疗/咨询
安全装置/系统 职业/康复服务费 搬家/存储费 法庭
咨询 葬礼/墓地费用 个人必要财产 储蓄损失
其他 (请说明): _____

6. 列出因本犯罪案件而损失的个人必要财物, 例如现金以及需要更换的眼镜或衣物。(如果没有, 请跳至 7。)

请描述丢失/损坏的事物:	费用	请描述丢失/损坏的事物:	费用
1.	\$	4.	\$
2.	\$	5.	\$
3.	\$	6.	\$

屋主/租户保险公司	保单或 ID 号码	免赔额
		\$
汽车/其他保险公司	保单或 ID 号码	免赔额
		\$

-- 如果没有人员受伤, 而您要求的仅是个人必要财物补助, 请跳至 15。 --

7. 受害者或家长的就业情况以及薪资补偿保险。

如果您不希望我们与您的雇主联系, 您将不能申请薪资损失的补偿 (跳至 8。)

当犯罪案件发生时, 受害者/住院未成年受害者的家长是否有工作? 是 否 (如果否, 请跳至 8)
受害者/住院未成年受害者的家长是否因该犯罪案件而导致工作缺勤? 是 否
受害者/家长是否自己经营公司? 是 否 (如果是, 请附上去年纳税申报表以及所有附表的副本。)

雇主的姓名、地址和电话号码:

雇主 街道 城市 州 邮政编码 电话号码

其他雇主的姓名、地址和电话号码:

雇主 街道 城市 州 邮政编码 电话号码

证明受害者无法工作的医生的姓名、地址与电话号码：

()

医生 街道 城市 州 邮政编码 电话号码

告知我们对受害者进行误工补偿的保险公司的信息。(如没有,请在下面注明“无”,然后跳至8。)

保单或 ID 号码或“无”

保单或 ID 号码或“无”

1.失业保险		5.工伤赔偿金	
2.伤残保险		6.其他保险	
3.退休金计划		7. 社会安全福利(需要 SSN)	SSN - - -
4.其他保险		8. SSI 福利(需要 SSN)	SSN - - -

8. 如果受害者死亡,而您支付了任何丧葬费,请填写以下内容。(如果没有,请跳至9)

同时请附上殡仪馆合约、其他丧葬费账单的副本,以及死亡证明副本(如有上述资料)

殡仪馆名称: _____ 电话号码: () _____

地址: _____
街道 城市 州 邮政编码

9. 如果受害者因本犯罪案件而受伤或死亡,请填写下列内容:

简略描述受害者的受伤情况: _____

受害者是否接受任何医疗治疗? 是 否 (如果否,请跳至第10节)

在本犯罪案件中为受伤的受害者进行治疗的专业医护人员:

	全名	完整地址	电话号码
第一家医院	_____	_____	() _____
其他医院	_____	_____	() _____
第一位医生 (不在医院)	_____	_____	() _____
其他医生	_____	_____	() _____
第一位牙医	_____	_____	() _____
受害者的顾问	_____	_____	() _____

10. 受害者的受抚养家属或依赖受害者抚养的其他人。(如果没有,请跳至11)

受抚养家属	姓名	社会安全号码 - - -	出生日期	与受害者的关系
	地址			您是否为法定监护人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
其他受抚养家属	姓名	社会安全号码 - - -	出生日期	与受害者的关系
	地址			您是否为法定监护人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
其他受抚养家属	姓名	社会安全号码 - - -	出生日期	与受害者的关系
	地址			您是否为法定监护人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

如果受抚养家属超过3位,请另附表格并勾选此处

11. 是否有受害者以外的任何人因本犯罪案件而接受心理辅导？（如果没有，请跳至 12）

接受辅导的人员？	与受害者的关系	支付辅导费用的保险公司	保单或 ID 号码
辅导人员的姓名、地址和电话号码：			
其他接受辅导的人员？	与受害者的关系	支付辅导费用的保险公司	保单或 ID 号码
辅导人员的姓名、地址和电话号码：			

如果因本犯罪案件而接受辅导的人员超过 2 位，请勾选此处并另附表格加以说明

12. 列出为受害者或受害者受抚养家属购买的所有保险。如果没有保险，请在下面注明“无”。

如果您已经申请但是还没有获得赔付，请在“保单或 ID 号码”底下注明“申请中”。

	保单或 ID 号码	被保人的姓名：
主要保险公司		
主要医疗保险公司		
其他保险（工会、牙齿、视力等）		
Medicare		
Medicaid		
工伤赔偿金		
汽车保险		
其他保险		

13. 如果受害者死亡，请提供任何人寿保险以及死亡福利相关的资料。

（如果受害者没有死亡或者没有任何人寿保险以及死亡福利，请跳至 14。）

	公司名称	地址	电话号码	保单或 ID 号码
人寿保险	_____	_____	() _____	_____
退休金计划	_____	_____	() _____	_____
其他 保险 / 计划	_____	_____	() _____	_____
Medicaid	_____	_____	() _____	_____
工伤 赔偿金	_____	_____	() _____	_____

如果有任何其他保险或死亡福利，请在此列出：_____

这些保单是否会赔付受害者的丧葬费？ 是 否

是否有人已申请社会安全死亡福利？ 是 否

14. 请描述您的财务状况。您必须回答下列所有内容。如果没有，请填入零 (0)。

您的受抚养家属有几位？ _____

您的年度总收入（所有收入来源）？如果您不确定，请提供估值：\$ _____

在下方列出您的所有资产以及所有负债。如果您不确定，请提供估值。根据需要随附其他页面。

您的资产 – 如果没有，请填入零 (0)。		您的负债 – 目前的负债总数？	
	\$		如果没有，请填入零 (0)。
存款、股票、债券	\$	房贷	\$
房地产（房屋等）	\$	贷款	\$
人寿保险的收益	\$		

15. 是否有私人律师（非 DA）代表您？ 是 否
如果回答“是”：

律师姓名 地址 电话 号码 ()

16. 授权与代表谈话

如果您允许家庭成员、朋友或其他人与 OVS 讨论有关您的索赔申请，请在下面填入资料：

个人姓名 地址 电话 号码 ()

17. 受害者/索赔者授权

本人兹确认接受受害者服务办公室 (OVS) 的裁定，对于作为提出索赔依据的相关犯罪案件，同意纽约州取得其追偿裁定（包括所有判决、和解或赔偿命令）的留置权。本人进一步授权所有殡葬业者、律师、雇主、警察或其他公家机关、保险公司或在上述过程中提供服务的所有人员或具备相同知识者，将下列信息提供给 OVS 或其代表：工伤赔偿记录、犯罪案件以及因犯罪案件而导致任何伤亡的相关信息，以及与本次索赔有关的信息。一旦判赔裁定，本人授权 OVS 直接付款给服务提供者。本人亦授权 OVS 将因本次索赔所填写的本人信息和记录与当地受害者援助计划 (Victim Assistance Program, VAP) 或任何在纽约州建立以帮助犯罪受害者的地方政府实体共享，以便 VAP 或地方政府实体协助 OVS 处理本人的索赔并作出决议。若聘用上述提及的私人律师，本人亦授权 OVS 将因本次索赔所填写的本人信息和记录与该名律师分享，以便让该名律师成为本人的代表。本人了解解除本授权书外，还需要本人律师另外提出单独的《出庭通知》。如果家人、朋友或其他人员为上述提及之人，本人亦授权 OVS 将因本次索赔所填写的本人信息和记录与该名人员分享，以便其协助本人处理本索赔事宜。

本授权书的复印件应视为与原件具有相同效力。

▶ _____
申请人签名 日期 用于白天联络的电话号码 ()

电子邮件： _____ 首选语言：英语 西班牙语 中文
阿拉伯语 海地克里奥尔语 意大利语 韩语 俄语 意第绪语
孟加拉语 法语 乌尔都语
需要口译员：是 否 其他 _____

请将以下文件邮寄给我们以处理您的索赔事宜。（保留一份副本以备记录。）

- 本表格上所列出的所有服务账单与收据。
- 已填妥并附上签名的索赔申请表
- 一份填妥的关于本申请表中列出的每位医疗服务提供者的 HIPAA 表（您可以复印 HIPAA 表。）
- 任何保险公司拒付或授权支付本表格所列服务费用的信件。

谨记：您必须先向保险公司或福利计划请款，之后 OVS 才能支付费用。

将文件邮寄至： New York State Office of Victim Services
AE Smith Building
80 S. Swan Street
Albany, NY 12210-8002



依据 HIPAA 规定出示医疗信息的授权书
[此表已由纽约州卫生署 (New York State Department of Health) 批准]

患者姓名	出生日期	社会安全号码 XXX-XX-__
患者地址		

本人或经本人授权的代表, 要求本人医疗健康相关信息按照本表格规定进行披露:

根据《纽约州法律》(New York State Law) 和 1996 年的《健康保险携带和责任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 的隐私规定, 本人了解:

- 仅当本人在 9(a) 的相应行签名后, 才可披露信息, 授权披露信息包括关于**酒精和药物滥用**、**心理健康治疗**的信息, 不包括心理治疗记录和**保密的 HIV* 相关信息**。如果下述健康信息包括这类信息, 且本人已在第 9(a) 项的相关行中签名, 即表示本人特别授权向第 8 项中的人员披露这类信息。
- 如果本人授权披露与 HIV 相关、酒精或药物治疗、心理健康治疗信息, 除非联邦或州法律允许, 否则未经本人的授权, 信息接收者不得再披露这些信息。本人了解, 本人有权要求获得在未经本人授权的情况下接收或使用本人 HIV 相关信息的人员名单。如果本人因此类 HIV 相关信息的披露而遭受歧视, 本人可致电 (212) 480-2493 联系纽约州人权处 (New York State Division of Human Rights) 或致电 (212) 306-7450 联系纽约市人权委员会 (New York City Commission of Human Rights)。此类机构有责任保护本人的权利。
- 本人有权随时向下列医疗护理提供者发送书面通知撤销此授权。本人了解, 除已根据本授权采取的行动之外, 本人可以撤回本授权。
- 本人了解, 此类签名授权完全出于自愿。本人在医疗计划中的治疗、付款、登记或者享受福利的资格不受本人是否签署本披露声明的影响。
- 依据本授权披露的信息可能被信息接收者再披露(上面第 2 项所述除外), 并且这种再披露不再受联邦或州法律的保护。
- 本授权并未授权您与第 9 (b) 项中指定的律师或政府机构以外的任何其他人士讨论本人的健康信息或医疗护理。**

7.披露此类信息的医疗提供者或实体的名称和地址:	
8.接收此信息的人员姓名和地址或人员类别: NYS OFFICE OF VICTIM SERVICES – AE SMITH BLDG., 80 S. SWAN ST., ALBANY, NY 12210-8002	
9(a).将被披露的特定信息: <input type="checkbox"/> 从(插入日期) _____ 到(插入日期) _____ 的病历 <input type="checkbox"/> 完整的医疗记录, 包括病史、医院记录(心理治疗记录除外)、检测结果、放射检测、成像、转诊、咨询、账单记录、保险记录以及其他医疗护理提供者发送给您的记录。 <input type="checkbox"/> 其他: _____ 包括: (用姓名缩写签名表示) _____ 酒精/药物滥用治疗 _____ 心理健康信息 _____ HIV 相关信息	
授权讨论健康信息 (b) <input type="checkbox"/> 在此处签上姓名首字母缩写 _____ 本人授权 _____ _____ 首字母缩写 _____ 医疗服务提供者的姓名 与下列本人的律师或政府机构讨论本人的健康信息: <p style="text-align: center;">纽约州受害者服务办公室</p> _____ (律师/律师事务所名称或政府机构名称)	
10.披露信息的理由: 以个人名义申请赔偿, 目的是确定是否有资格获得纽约州受害者服务办公室福利。	11.本授权书将在以下日期或基于以下事件而终止: 本授权书将在个人获得受害者服务办公室福利的资格终止时失效。
12.如果非患者本人签名, 签署本表格的人员姓名:	13.代表患者签名的授权:

本人已填妥本表格的所有信息项, 且本人关于本表格的所有问题均已得到解答。此外, 本人已获得本表格的一份副本。

患者或法律授权的代表签名: _____ 日期: _____

* 导致艾滋病 (AIDS) 的人类免疫缺陷病毒。《纽约州公共卫生法》保护能合理识别某人有 HIV 症状或感染的信息, 以及个人联系人的相关信息。