



DÉPARTEMENT EXÉCUTIF
DE L'ÉTAT DE NEW YORK
(STATE OF NEW YORK EXECUTIVE DEPARTMENT)
BUREAU DES SERVICES AUX VICTIMES
(OFFICE OF VICTIM SERVICES)

www.ovs.ny.gov

Numéro de la demande :

Nom du demandeur ou de la demandeuse :

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 (Office of Victim Services, 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 ou la directrice de l'entreprise des pompes funèbres, le ou la procureur(e), 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 (Victim Assistance Program, VAP) 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 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 ayant la même valeur que l'original.

Signature du demandeur ou de la demandeuse

Date

Numéro de téléphone en journée

Adresse électronique du demandeur ou de la demandeuse

