



纽约州行政部门
(STATE OF NEW YORK EXECUTIVE DEPARTMENT)
受害者服务办公室
(OFFICE OF VICTIM SERVICES)

www.ovs.ny.gov

索赔号码:

索赔人姓名:

受害人/索赔人授权:

本人兹确认接受受害者服务办公室 (Office of Victim Services, 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: 劳工赔偿记录、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 直接付款给医疗服务提供者。本人亦授权 OVS 将因本次索赔所填写的本人信息和记录分享给当地受害者援助计划 (Victim Assistance Program, VAP) 或者任何在纽约州成立以协助犯罪受害者的地方政府实体, 以便 VAP 或地方政府实体协助 OVS 处理本人的索赔并做出裁决。倘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分享给该名律师, 以便该名律师担任本人代表。本人了解, 除本授权书外, 还需要本人律师另外提出《出庭通知》。如果家人、朋友或其他人员为以上提及之人, 本人亦授权 OVS 将因本次索赔所填写的本人信息和记录分享给该名人员, 以便他们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。

索赔人签名

日期

日间电话号码

索赔人电子邮件地址

