Wniosek dotyczący roszczenia i instrukcje

Jak ubiegać się o rekompensatę

Kto może ubiegać się o rekompensatę?

Ofiary przestępstw, niektórzy krewni, osoby pozostające na utrzymaniu, opiekunowie prawni i kwalifikujący się przedstawiciele Good Samaritans mogą zwrócić się do Biura Pomocy Ofiarom (Office of Victim Services, OVS) o zwrot kosztów bieżących, które nie są objęte ubezpieczeniem ani innymi zasobami.

Za jakie wydatki mogę otrzymać rekompensatę?

OVS zapewnia rekompensaty związane z obrażeniami ciała, śmiercią i utratą niezbędnego mienia osobistego.

Wydatki, które może pokryć OVS, obejmują wydatki na leczenie i pomoc psychologiczną, utratę niezbędnego mienia osobistego, sprzątanie miejsca przestępstwa i inne straty będące bezpośrednim skutkiem przestępstwa.

W jaki sposób można się ubiegać o rekompensatę?

Prześlij nam wypełniony wniosek OVS wraz z kopiami dokumentów, których OVS może zażądać w celu ustalenia, czy kwalifikujesz się do otrzymania rekompensaty.

Co należy zrobić, jeśli nie mam niektórych dokumentów, których potrzebuje OVS?

Wyślij swój wniosek od razu. Pozostałe dokumenty możesz wysłać później.

Co się stanie, jeśli moje mienie zostanie utracone, uszkodzone lub zniszczone w wyniku przestępstwa?

Jeśli masz mniej niż 18 lat bądź 60 lat lub więcej, jesteś osobą niepełnosprawną lub doznałeś(-aś) obrażeń, możesz się ubiegać o świadczenia w celu wymiany *niezbędnego* mienia osobistego na nowe lub odzyskania gotówki, jeżeli nie obejmują tego żadne inne zasoby.

Pojęcie *„niezbędne”* oznacza środki niezbędne dla zdrowia, bezpieczeństwa i dobrostanu. Obejmuje to m.in. okulary nieobjęte ubezpieczeniem, pościel i odzież.

Co się stanie, jeśli się przeprowadzę?

Jak najszybciej wyślij do OVS pocztą tradycyjną lub elektroniczną pismo opatrzone Twoim podpisem. Podaj nam swój nowy adres i numer telefonu. Poinformuj nas również, jeśli zmieni się Twój adres e-mail.

Kto może podpisać wniosek?

Zasadniczo wniosek musi podpisać ofiara. Jednak jeśli ofiara ma mniej niż 18 lat bądź jest fizycznie lub psychicznie niezdolna do złożenia podpisu, jej opiekun prawny (osoba otrzymująca świadczenia) musi wypełnić część 2. wniosku i podpisać go.

Jeśli ofiara zmarła, osoba ubiegająca się o świadczenia musi wypełnić część 2. niniejszego wniosku i podpisać go.

Czy można złożyć wniosek w inny sposób?

Tak. Odwiedź stronę ovs.ny.gov, aby uzyskać dostęp do bezpiecznego portalu Victim Service Portal (VSP) i złożyć wniosek online. Aby uzyskać dostęp do portalu, musisz utworzyć konto my.ny.gov. Aby uzyskać pomoc w złożeniu wniosku online, skontaktuj się z OVS pod numerem 800-247-8035 lub wyślij e-mail na adres OVSInfo@ovs.ny.gov.

Czy muszę wypełnić formularz HIPAA?

Możliwe, że tak. Ten formularz pomaga chronić Twoje prywatne informacje na temat zdrowia. Jeśli ubiegasz się o zwrot kosztów leczenia lub pomocy psychologicznej, należy wypełnić jeden formularz HIPAA dla każdego świadczeniodawcy. Możesz skopiować pusty formularz, aby uzyskać dodatkowe kopie.

Czym jest restytucja?

Restytucja to pieniądze wypłacone ofierze przez sprawcę przestępstwa z tytułu strat lub obrażeń poniesionych w wyniku przestępstwa. Musi ona zostać orzeczona przez sąd w momencie wydawania wyroku i jest uważana za część kary. Restytucja NIE oznacza wypłaty odszkodowania za przyszłe straty, uraz psychiczny ani „ból i cierpienie”. Aby uzyskać więcej informacji, skontaktuj się z OVS pod numerem 800-247-8035 lub odwiedź witrynę internetową OVS pod adresem https://ovs.ny.gov/legal-information.

Kto może otrzymać restytucję?

O restytucję może ubiegać się każdy, kto padł ofiarą przestępstwa i w rezultacie odniósł obrażenia bądź poniósł straty finansowe lub szkody.

W jaki sposób należy żądać restytucji?

Należy się skontaktować z lokalną prokuraturą i poinformować o zakresie obrażeń, kosztach poniesionych z własnych środków i kwocie odszkodowania, o jaką się ubiegasz.

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

Przed wypełnieniem tego formularza przeczytaj punkt *Jak ubiegać się o rekompensatę.*

Wniosek o rekompensatę
New York State Office of Victim Services

Tylko na potrzeby programu pomocy dla ofiar		
Nr ID OVS VAP	Nazwa programu / nr tel.	Imię i nazwisko / adres e-mail adwokata

1. Prosimy o przekazanie nam informacji o ofierze.

Nazwisko	Imię	Inicjał drugiego imienia	Nr ubezpieczenia społecznego ☐Zaznaczyć w razie braku _____-_____-_____	Data urodzenia

Adres do korespondencji:

Ulica *Nr mieszkania (lub skrytka pocztowa)* *Miejscowość:* *Okręg:* *Stan (lub inny kraj)* *Kod pocztowy*

Rasa / pochodzenie etniczne: ☐biała ☐czarna ☐latynoskie ☐rdzenny Amerykanin / rdzenny mieszkaniec Alaski ☐hinduskie ☐chińskie☐japońskie ☐filipińskie ☐koreańskie

☐wietnamskie ☐bangladeskie ☐pakistańskie ☐guamskie ☐Czamorro ☐samoańskie ☐rdzenny mieszkaniec Hawajów ☐inne ☐wielorasowe

Stan cywilny: ☐Kawaler/panna ☐W związku małżeńskim ☐Rozwiedziony(-a) ☐W separacji ☐Wdowiec/wdowa ☐Mieszkam z partnerem(-ką)

Płeć: ☐Mężczyzna ☐Kobieta ☐X ☐Wolę nie odpowiadać

Czy w momencie przestępstwa ofiara była osobą z niepełnosprawnością? ☐Tak ☐Nie ☐Nie wiem

Skąd dowiedziałeś(-aś) się o Biurze Pomocy Ofiarom?

☐Policja ☐Szpital ☐Prokuratura ☐Program Pomocy dla Ofiar ☐Radio/telewizja ☐Ulotka/plakat ☐Internet ☐Inne

2. Jeśli *nie* jesteś ofiarą i podpisujesz ten wniosek, jesteś wnioskodawcą. Prosimy o przekazanie nam informacji o sobie.
(patrz strona z instrukcją „Kto może podpisać wniosek?")

Nazwisko	Imię	Inicjał drugiego imienia	Nr ubezpieczenia społecznego ☐Zaznaczyć w razie braku _____-_____-_____	Data urodzenia

Adres do korespondencji:

Ulica *Nr mieszkania (lub skrytka pocztowa)* *Miejscowość* *Okręg* *Stan (lub inny kraj)* *Kod pocztowy*

Jaki jest Twój związek z ofiarą? (Należy zaznaczyć ***tylko*** jedną opcję)
☐Rodzic ☐Małżonek ☐Dziecko ☐Opiekun prawny ☐Adwokat ☐ Inny (należy opisać)_____

3. Prosimy o przekazanie nam informacji o przestępstwie. (Należy zaznaczyć ***tylko*** jedną opcję.)

Przyczyna śmierci ofiary:	**Przyczyna obrażeń** ofiary:		**Przyczyna utraty mienia osobistego** przez ofiarę:	
☐Wypadek samochodowy (prowadzenie w stanie nietrzeźwości / pod wpływem środka odurzającego) ☐Wypadek samochodowy (inny) ☐Atak terrorystyczny ☐Podpalenie ☐Handel ludźmi ☐Inny rodzaj zabójstwa	☐Napaść na tle seksualnym ☐Przemoc fizyczna / zaniedbanie dziecka ☐Molestowanie seksualne dziecka ☐Wypadek samochodowy (prowadzenie w stanie nietrzeźwości/ pod wpływem środka odurzającego) ☐Wypadek samochodowy (inny niż prowadzenie w stanie nietrzeźwości / pod wpływem środka odurzającego) ☐Pornografia dziecięca ☐Inne (*należy wskazać, jakie*): _____	☐Napaść ☐Uporczywe nękanie (stalking) ☐Porwanie ☐Atak terrorystyczny ☐Podpalenie ☐Napad rabunkowy ☐Handel ludźmi	☐Włamanie ☐Wypadek samochodowy (prowadzenie w stanie nietrzeźwości / pod wpływem środka odurzającego) ☐Wypadek samochodowy (inny niż prowadzenie w stanie nietrzeźwości / pod wpływem środka odurzającego) ☐Handel ludźmi ☐Napad rabunkowy (bez obrażeń) ☐Inne (*należy wskazać, jakie*): _____	☐Podpalenie ☐Celowe uszkodzenie mienia ☐Oszustwo / przestępstwo finansowe

Nr zgłoszenia przestępstwa: **Oddział policji lub organ wymiaru sprawiedliwości otrzymujący zgłoszenie:**

Miejsce przestępstwa (Należy zaznaczyć ***tylko jedną*** opcję). ☐Praca ☐Własny budynek ☐Budynek mieszkalny ☐Publiczna ulica

☐Metro/autobus ☐Parking ☐Restauracja/bar ☐Szkoła / teren szkoły ☐Centrum handlowe ☐Inne (*należy podać, jakie*):_____

Okręg, w którym doszło do przestępstwa: _____ Data przestępstwa: _____ Data zgłoszenia przestępstwa:_____
Jeżeli między datą popełnienia przestępstwa a datą jego zgłoszenia upłynęło więcej niż 7 dni, należy wskazać przyczynę: _____
_____
Jeśli od daty popełnienia przestępstwa do daty złożenia niniejszego wniosku upłynęło więcej czasu niż rok, należy wskazać przyczynę: _____

Opisz przestępstwo własnymi słowami: _____
_____

4. Restytucja:

Czy prokuratura zwróciła się do sądu o orzeczenie restytucji?	☐Tak	☐Nie	☐Nie wiem
Czy sąd nakazał podejrzanemu zapłacenie restytucji?	☐Tak (kwota w USD _____)	☐Nie	☐Jeszcze nie

5. Opowiedz nam o wydatkach poniesionych w związku z tym przestępstwem. *(Należy zaznaczyć wszystkie pasujące opcje).*

UWAGA – jeśli kwalifikujesz się do rekompensaty, OVS może zwrócić wymienione poniżej koszty. O te elementy należy się również ubiegać w ramach sądownie orzeczonej restytucji. Zachęcamy wnioskodawców do udostępniania tych informacji prokuratorom, jeśli toczy się sprawa karna. Odwiedź https://ovs.ny.gov/legal-information, aby uzyskać więcej informacji.

☐Wydatki medyczne / karetka ☐Sprzątanie miejsca przestępstwa ☐Urządzenie / system ochrony ☐Pomoc psychologiczna	☐Utrata pomocy finansowej (tylko wniosek dot. zgonu) ☐Rehabilitacja zawodowa ☐Pogrzeb/pochówek	☐Utracone wynagrodzenie ☐Schronisko dla ofiar przemocy domowej ☐Przeprowadzka/magazynowanie ☐Niezbędne mienie osobiste	☐Transport prywatny ☐Wydatki medyczne / pomoc psychologiczna ☐Koszty sądowe
☐Inne *(należy wskazać, jakie):*			

6. Należy wypisać wszystkie niezbędne rzeczy osobiste, takie jak gotówka, okulary lub odzież, które wymagają wymiany z powodu tego przestępstwa. *(Jeśli nie ma, należy przejść do punktu 7).*

Opisz, co zostało utracone/uszkodzone:	Koszt	Opisz, co zostało utracone/uszkodzone:	Koszt
1.	USD	3.	USD
2.	USD	4.	USD

7. Zaznacz pola dotyczące innych świadczeń lub ubezpieczeń, które mogą pomóc w pokryciu wydatków związanych z tym przestępstwem:

☐Prywatne ubezpieczenie zdrowotne (opłacane samodzielnie lub przez pracodawcę)	☐Child Health Plus	☐SSDI (ubezpieczenie dla osób z niepełnosprawnością z ubezpieczenia społecznego) / świadczenia z tytułu niepełnosprawności	☐Ubezpieczenie właściciela domu / najemcy
☐Dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne	☐Medicare	☐Odszkodowanie pracownicze	☐Ubezpieczenie samochodowe
☐Ubezpieczenie zdrowotne NYS Marketplace	☐Medicaid	☐Świadczenia dla weteranów	☐Brak
☐NYS Essential Plan	☐Inne:		

8. Czy reprezentuje Cię prywatny adwokat (nie prokurator)? ☐Tak ☐Nie

Jeśli tak:

_____ ( ) _____

Imię i nazwisko adwokata Adres Nr telefonu

9. Upoważnienie do rozmowy z przedstawicielem

Jeśli chcesz zezwolić członkowi rodziny, znajomemu lub innej osobie na prowadzenie rozmów z OVS w sprawie Twojego roszczenia, podaj dane poniżej:

_____ ( ) _____

Imię i nazwisko osoby Adres Nr telefonu

10. Upoważnienie ofiary/wnioskodawcy

PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI, że przyjęcie rekompensaty od Biura Pomocy Ofiarom (Office of Victim Services, OVS) ustanawia zastaw na rzecz stanu Nowy Jork w odniesieniu do dochodzenia roszczeń związanych z przestępstwem, na którym bazuje to roszczenie, w tym na jakimkolwiek orzeczeniu, ugodzie lub płatności dotyczących restytucji. Upoważniam każdego przedsiębiorcę pogrzebowego, adwokata, pracodawcę, policję lub inny organ publiczny, towarzystwo ubezpieczeniowe oraz każdą osobę, która świadczyła usługi w związku z powyższym lub ma o tym wiedzę, do przekazania OVS lub jego przedstawicielom następujących informacji: dokumenty dotyczące ubezpieczeń pracowniczych, informacje dotyczące przestępstwa bądź wszelkich obrażeń lub śmierci w wyniku przestępstwa oraz informacje dotyczące tego wniosku. W przypadku przyznania rekompensaty upoważniam OVS do dokonywania płatności bezpośrednio na rzecz świadczeniodawcy. Ponadto upoważniam OVS do udostępniania moich informacji i dokumentacji zebranej w związku z tym wnioskiem pracownikom lokalnego Programu Pomocy dla Ofiar (ang. Victim Assistance Program, VAP) wymienionego w tym wniosku lub dowolnej jednostce samorządu lokalnego ds. pomocy ofiarom przestępstw ustanowionej w stanie Nowy Jork, aby pracownicy VAP lub jednostka samorządu lokalnego mogli pomóc OVS w rozpatrzeniu mojego wniosku, podjęciu decyzji i koordynowaniu usług. Jeśli powyżej wskazałem(-am) prywatnego adwokata, upoważniam również OVS do udostępniania moich informacji i dokumentacji zebranej w związku z tym wnioskiem adwokatowi, aby umożliwić mu działanie w charakterze mojego przedstawiciela. Rozumiem, że oprócz niniejszego upoważnienia potrzebne będzie oddzielne zawiadomienie o stawiennictwie (Notice of Appearance) od mojego adwokata. Jeśli w niniejszym wniosku został wskazany członek rodziny, znajomy lub inna osoba, upoważniam OVS do udostępniania tej osobie moich informacji i dokumentacji zebranej w związku z tym wnioskiem, aby umożliwić jej zapewnienie mi pomocy w związku z tym wnioskiem. Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w tym wniosku i wszystkich dokumentach dotyczących tego wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i kompletne. Wiem, że składanie fałszywych oświadczeń w tym wniosku lub składanie fałszywych dokumentów związanych z tym wnioskiem stanowi przestępstwo podlegające karze. Przyjmuję do wiadomości, że wypełnienie niniejszego wniosku nie gwarantuje przyznania świadczenia.

Kserokopia tego upoważnienia ma taką samą moc prawną jak oryginał.

▶ _____ ( ) _____

Podpis wnioskodawcy Data Numer telefonu w ciągu dnia

E-mail:_____	Preferowany język rozmowy: ☐angielski ☐hiszpański ☐chiński ☐arabski ☐haitański ☐włoski ☐koreański ☐rosyjski ☐jidysz ☐bengalski ☐francuski ☐urdu
Potrzebny tłumacz ustny: ☐ Tak ☐Nie	☐Inne

W celu umożliwienia rozpatrzenia wniosku prześlij do OVS następujące dokumenty. Zachowaj kopię tych dokumentów.

- Wszystkie rachunki i paragony za wydatki związane z towarami i usługami opisanymi w sekcjach 5 i 6 niniejszego formularza roszczenia.
- Wypełniony, podpisany formularz wniosku.
- Jeden wypełniony formularz HIPAA dla każdego dostawcy usług medycznych i zdrowia psychicznego, z którego usług związanych z tym przestępstwem korzystałeś(-aś).
- Pisma od ubezpieczycieli lub agencji rządowych odmawiające lub autoryzujące płatności związane z towarami i usługami opisanymi przez Ciebie w sekcjach 5 i 6 niniejszego formularza roszczenia.

Pamiętaj: musisz wystawić rachunek na towarzystwo ubezpieczeniowe lub plan świadczeń, **zanim** OVS będzie mogło dokonać płatności.

Dokumenty należy przesłać pocztą na adres: New York State Office of Victim Services
AE Smith Building
80 S. Swan Street
Albany, NY 12210-8002

Dokumenty można przesłać też pocztą elektroniczną na adres: ovsintake@ovs.ny.gov

UPOWAŻNIENIE DO PRZEKAZYWANIA INFORMACJI O ZDROWIU NA PODSTAWIE HIPAA

[Ten formularz został zatwierdzony przez Wydział Zdrowia Stanu Nowy Jork]

Imię i nazwisko pacjenta	Data urodzenia	Numer ubezpieczenia społecznego XXX-XX-__ _____
Adres pacjenta		

Ja lub upoważniony przeze mnie przedstawiciel składamy wniosek o przekazanie informacji dotyczących zdrowia w odniesieniu do mojej opieki i leczenia zgodnie z niniejszym formularzem:

Zgodnie z przepisami obowiązującymi w stanie Nowy Jork i zasadą prywatności wynikającą z ustawy Health Insurance Portability and Accountability Act z 1996 r. (HIPAA) rozumiem, że:

1. To upoważnienie może obejmować ujawnienie informacji dotyczących **LECZENIA UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU** i **NARKOTYKÓW ORAZ ZDROWIA PSYCHICZNEGO**, oprócz notatek z psychoterapii, oraz **POUFNYCH INFORMACJI DOTYCZĄCYCH HIV*** wyłącznie pod warunkiem umieszczenia inicjałów w odpowiednim wierszu w punkcie 9(a). W przypadku gdy informacje o zdrowiu opisane poniżej obejmują którykolwiek z tych rodzajów informacji, a ja umieszczę swoje inicjały w wierszu w polu w punkcie 9(a), tym samym jednoznacznie upoważniam do ujawnienia takich informacji osobom wskazanym w punkcie 8.
2. Jeśli wyrażam zgodę na ujawnienie informacji dotyczących HIV, leczenia uzależnienia od alkoholu lub narkotyków bądź leczenia chorób psychicznych, odbiorca nie może dalej ujawnić takich informacji bez mojej zgody, chyba że jest to dozwolone na mocy prawa federalnego lub stanowego. Rozumiem, że mam prawo zażądać listy osób, które mogą otrzymać lub wykorzystać bez upoważnienia moje informacje dotyczące HIV. W przypadku dyskryminacji ze względu na ujawnienie informacji dotyczących HIV mogę się skontaktować z New York State Division of Human Rights pod numerem (212) 480-2493 lub New York City Commission of Human Rights pod numerem (212) 306-7450. Instytucje te są odpowiedzialne za ochronę moich praw.
3. Mam prawo do wycofania niniejszego upoważnienia w dowolnym momencie, wysyłając pisemne powiadomienie do wymienionego poniżej świadczeniodawcy. Rozumiem, że mam prawo wycofać to upoważnienie, chyba że na jego podstawie podjęto już działania.
4. Rozumiem, że podpisanie tego upoważnienia jest dobrowolne. Moje leczenie, płatność, włączenie do planu zdrowotnego lub uprawnienia do świadczeń nie będą uzależnione od wyrażenia przeze mnie zgody na to ujawnianie.
5. Informacje ujawnione na mocy tego upoważnienia mogą zostać dalej ujawnione przez odbiorcę (z wyjątkiem przypadków wymienionych powyżej w punkcie 2), przy czym ujawnienie takie może nie podlegać dalszej ochronie na mocy przepisów federalnych lub stanowych.
6. **NINIEJSZE UPOWAŻNIENIE NIE UPOWAŻNIA DO OMAWIANIA MOICH INFORMACJI O ZDROWIU LUB OPIEKI MEDYCZNEJ Z OSOBAMI INNYMI NIŻ ADWOKAT LUB AGENCJA RZĄDOWA WYMIENIONA W PUNKCIE 9(b).**

7. Nazwa i adres świadczeniodawcy lub podmiotu odpowiedzialnego za udostępnianie tych informacji:

8. Imiona i nazwiska oraz adresy osób lub kategoria osób, do których zostaną przesłane te informacje:

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

9(a). Konkretne informacje, które mają zostać udostępnione:

- ❑ Dokumentacja medyczna od (wstawić datę)_____do (wstawić datę) _____
- ❑ Cała dokumentacja medyczna, w tym historia choroby, notatki z gabinetu (z wyjątkiem notatek z psychoterapii), wyniki badań, badania radiologiczne, filmy, skierowania, konsultacje, rachunki, rejestry ubezpieczeniowe i dokumentacja przesłane przez innych członków personelu medycznego.
- ❑ Inne:_____

_____

Załączyć: (*wskazać poprzez wpisanie inicjałów*):

_____Leczenie uzależnienia od alkoholu/narkotyków

_____Informacje dotyczące zdrowia psychicznego

_____Informacje dotyczące HIV

Upoważnienie do omawiania informacji o zdrowiu

(b) ❑ Wstawiając tutaj inicjały,_____upoważniam _____

Inicjały — Imię i nazwisko członka personelu medycznego

do omawiania moich informacji o zdrowiu z moim adwokatem lub instytucją rządową wymienioną tutaj:

NEW YORK STATE OFFICE OF VICTIM SERVICES

(Imię i nazwisko adwokata / nazwa firmy lub nazwa agencji rządowej)

10. Przyczyna ujawnienia informacji:	11. Data lub zdarzenie, po którym niniejsze upoważnienie wygaśnie:
Na żądanie osoby w celu ustalenia kwalifikacji do świadczeń Biura Pomocy Ofiarom stanu Nowy Jork (New York State Office of Victim Services).	***To upoważnienie wygaśnie z chwilą wygaśnięcia kwalifikacji danej osoby do świadczeń Biura Pomocy Ofiarom.***
12. Imię i nazwisko osoby podpisującej formularz, jeśli pacjent nie składa podpisu:	13. Pełnomocnictwo do złożenia podpisu w imieniu pacjenta:

Wszystkie punkty tego formularza zostały wypełnione i uzyskałem(-am) odpowiedzi na pytania dotyczące tego formularza. Ponadto otrzymałem(-am) kopię formularza.

_____ Data: _____

Podpis pacjenta lub przedstawiciela prawnego.

*** Ludzki wirus niedoboru odporności, który powoduje AIDS. Ustawa o zdrowiu publicznym stanu Nowy Jork chroni informacje, które w uzasadniony sposób mogłyby umożliwić poznanie tożsamości osoby mającej objawy lub zakażenie HIV, oraz informacje dotyczące osób kontaktujących się z taką osobą.**