

كيفية التقدم بطلب للحصول على تعويض

من الذي يمكنه التوقيع على المطالبة؟

بشكل عام، يجب على الضحية أن يوقع على المطالبة. ولكن إذا كان عمر الضحية أقل من 18 عامًا، أو كان الضحية عاجزًا من الناحية الجسدية أو الذهنية عن التوقيع، فيجب على الوصي القانوني (الشخص الذي يتلقى الاستحقاقات) أن يقوم بإكمال القسم 2 من المطالبة والتوقيع عليها.

في حالة وفاة الضحية، يجب على الشخص الذي يطالب بالاستحقاقات ملء القسم 2 من نموذج المطالبة هذا والتوقيع على المطالبة.

هل هناك طريقة أخرى لتقديم الطلب؟

نعم. تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني ovs.ny.gov للوصول إلى بوابة خدمات الضحايا (Victim Service Portal, VSP) الأمانة وتقديم طلب عبر الإنترنت. سوف تحتاج إلى إنشاء حساب على my.ny.gov للوصول إلى البوابة. للمساعدة في تقديم المطالبة عبر الإنترنت، يُرجى الاتصال بمكتب OVS على الرقم 800-247-8035 أو إرسال بريد إلكتروني إلى OVInfo@ovs.ny.gov.

هل يجب عليّ ملء نموذج قانون إخضاع التأمين الصحي لقبولية النقل

والمحاسبة (HIPAA)؟

ربما. يساعد هذا النموذج في حماية المعلومات الصحية الخاصة. إذا كنت تطالب بنفقات طبية أو نفقات استشارات، فيجب عليك ملء نموذج HIPAA واحد لكل مقدم خدمة. يمكنك نسخ نموذج فارغ لإنشاء نسخ إضافية.

ما هو التعويض؟

التعويض هو المال الذي يدفعه مرتكب الجريمة للضحية عن الخسائر أو الإصابات التي لحقت به نتيجة للجريمة. ويجب أن يكون التعويض بأمر من المحكمة وقت إصدار الحكم، ويعتبر جزءًا من العقوبة. ولا يكون التعويض بهدف جبر أضرار الخسائر المستقبلية أو الكرب النفسي أو "الألم والمعاناة". للحصول على مزيد من المعلومات، يُرجى الاتصال بمكتب OVS على الرقم 800-247-8035 أو تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني على <https://ovs.ny.gov/legal-information>.

من يمكنه الحصول على التعويض؟

يمكن لأي شخص كان ضحية جريمة وتعرض لإصابات أو خسائر مالية أو أضرار المطالبة بالتعويض.

كيف أطلب بالتعويض؟

يجب عليك الاتصال بمكتب المدعي العام وإبلاغه بمدى خطورة إصاباتك وخسائر التي تكبدتها من أموالك ومبلغ التعويض الذي تطالب به.

من الذي يمكنه التقدم بطلب للحصول على تعويض؟

يمكن لضحايا الجرائم وبعض الأقارب والمعالين والأوصياء القانونيين وفاعلي الخير المؤهلين أن يتقدموا بطلب إلى مكتب خدمات الضحايا (Office of Victim Services, OVS) من أجل الحصول على تعويض عن النفقات من الأموال الخاصة التي لا يغطيها التأمين أو الموارد الأخرى.

ما نوع النفقات التي يمكنني الحصول على تعويض عنها؟

يقدم مكتب OVS تعويضات عن الإصابات الشخصية والوفاة وفقدان الممتلكات الشخصية الأساسية.

تتضمن النفقات المحددة التي يمكن أن يغطيها مكتب OVS النفقات الطبية ونفقات الاستشارات وخسارة الممتلكات الشخصية الأساسية وتنظيف مسرح الجريمة، وغيرها من الخسائر التي هي نتيجة مباشرة للجريمة.

كيف أطلب بالتعويض؟

أرسل لنا طلب مكتب OVS المكتمل مع نسخ من المستندات التي قد يطلبها مكتب OVS لتحديد أهليتك للحصول على تعويض.

ماذا لو كنت لا أملك بعضًا من المستندات التي يحتاجها مكتب OVS؟

أرسل طلبك على الفور. يمكنك إرسال المستندات الأخرى لاحقًا.

ماذا لو تعرضت ممتلكاتي للفقدان أو التلف أو التدمير بسبب الجريمة؟

إذا كنت أقل من 18 عامًا، أو كان عمرك 60 عامًا أو أكثر، أو كنت معاقًا، أو تعرضت للإصابة، فيجوز لك التقدم بطلب للحصول على استحقاقات كتعويض عن ممتلكاتك الشخصية/الأساسية أو أموالك النقدية التي لا يغطيها أي مورد آخر.

يُفقد بالأساسية هنا أي الضرورية لصحتك أو سلامتك أو رفاهيتك. وهذا يشمل على سبيل المثال لا الحصر ممتلكاتك، مثل النظارات التي لا يغطيها التأمين والمفروشات والملابس.

ماذا لو كنت قد انتقلت إلى مكان آخر؟

أرسل خطاب موقع على الفور إلى مكتب OVS عبر البريد العادي أو الإلكتروني. أخبرنا برقم هاتفك وعنوانك الجديد. يُرجى أيضًا إحاطتنا علمًا في حالة تغيير عنوان بريدك الإلكتروني.



طلب التعويض
مكتب خدمات الضحايا بولاية نيويورك

اقرأ
كيفية التقدم بطلب للحصول
على تعويض قبل إكمال هذا
النموذج.

مخصص لاستخدام برنامج مساعدة الضحايا فقط

اسم المحامي/عنوان بريده الإلكتروني	اسم/هاتف البرنامج	رقم معرف برنامج VAP التابع لمكتب OVS
------------------------------------	-------------------	---

1. أخبرنا عن الضحية.

اسم العائلة	الاسم الأول:	الحرف الأول من الاسم الأوسط	رقم الضمان الاجتماعي <input type="checkbox"/> ضع علامة هنا إذا لم يكن لديك رقم	تاريخ الميلاد	
العنوان البريدي:					
الشارع	رقم الشقة (أو الصندوق البريدي)	المدينة:	المقاطعة:	الولاية (أو الدولة الأجنبية)	الرمز البريدي
العرق/الأصل الإثني:	<input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أسود <input type="checkbox"/> إسباني <input type="checkbox"/> هندي أمريكي/من سكان الأسكا الأصليين <input type="checkbox"/> هندي آسيوي <input type="checkbox"/> صيني <input type="checkbox"/> ياباني <input type="checkbox"/> فلبيني <input type="checkbox"/> كوري	من سكان هاواي الأصليين <input type="checkbox"/> سامواي <input type="checkbox"/> شاموري <input type="checkbox"/> غواماني <input type="checkbox"/> باكستاني <input type="checkbox"/> بنجلاديشي <input type="checkbox"/> فينتامي			
الحالة الاجتماعية:	<input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> يعيش مع شريك	هل كانت الضحية معاقبة وقت ارتكاب الجريمة؟			
النوع:	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> يُفضل عدم الإجابة	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف			
كيف سمعت لأول مرة عن مكتب خدمات الضحايا؟					
<input type="checkbox"/> الشرطة <input type="checkbox"/> المستشفى <input type="checkbox"/> المدعي العام <input type="checkbox"/> برنامج مساعدة الضحايا <input type="checkbox"/> الإذاعة/التلفاز <input type="checkbox"/> كتيب/ملصق <input type="checkbox"/> الإنترنت <input type="checkbox"/> غير ذلك					

2. إذا لم تكن أنت الضحية، وقمت بالتوقيع على هذه المطالبة، فستكون أنت مقدم المطالبة. حدثنا عن نفسك.
(اطلع على فقرة "من يمكنه التوقيع على المطالبة؟" في صفحة التعليمات.)

اسم العائلة	الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط	رقم الضمان الاجتماعي <input type="checkbox"/> ضع علامة هنا إذا لم يكن لديك رقم	تاريخ الميلاد	
العنوان البريدي:					
شارع	رقم الشقة (أو الصندوق البريدي)	المدينة	المقاطعة	الولاية (أو الدولة الأجنبية)	الرمز البريدي
ما هي علاقتك/صلة قرابتك بالضحية؟ (ضع علامة على اختيار واحد فقط)					
<input type="checkbox"/> ولي أمر <input type="checkbox"/> زوج/زوجة <input type="checkbox"/> ابن/ابنة <input type="checkbox"/> وصي قانوني <input type="checkbox"/> محامي <input type="checkbox"/> غير ذلك (وضح)					

3. حدثنا عن الجريمة. (ضع علامة على اختيار واحد فقط.)

توفي الضحية بسبب:	تعرض الضحية للإصابة بسبب:	فقد الضحية ممتلكات شخصية أساسية بسبب:
<input type="checkbox"/> حادثة سيارة (قيادة تحت تأثير الكحول (DUI)/القيادة في حالة السكر (DWI)) <input type="checkbox"/> حادثة سيارة (غير ذلك) <input type="checkbox"/> إرهاب <input type="checkbox"/> حرق عن عمد <input type="checkbox"/> اتجار بالبشر <input type="checkbox"/> جرائم قتل أخرى	<input type="checkbox"/> اعتداء جنسي <input type="checkbox"/> الإيذاء الجسدي للأطفال/إهمالهم <input type="checkbox"/> الاعتداء الجنسي على الأطفال <input type="checkbox"/> حادثة سيارة (قيادة تحت تأثير الكحول (DUI)/القيادة في حالة السكر (DWI)) <input type="checkbox"/> حادثة سيارة (ليست بسبب قيادة تحت تأثير الكحول (DUI)/القيادة في حالة السكر) <input type="checkbox"/> استغلال الأطفال في المواد الإباحية <input type="checkbox"/> غير ذلك (وضح):	<input type="checkbox"/> سطو <input type="checkbox"/> حادثة سيارة (قيادة تحت تأثير الكحول (DUI)/القيادة في حالة السكر (DWI)) <input type="checkbox"/> حادثة سيارة (ليست بسبب قيادة تحت تأثير الكحول (DUI)/القيادة في حالة السكر) <input type="checkbox"/> اتجار بالبشر <input type="checkbox"/> سرقة (دون إصابة) <input type="checkbox"/> غير ذلك (وضح):
رقم محضر الجريمة:		
قسم الشرطة أو وكالة العدالة الجنائية التي تم إبلاغها:		
أين وقعت الجريمة؟ (ضع علامة على اختيار واحد فقط) <input type="checkbox"/> مكان العمل <input type="checkbox"/> مسكن خاص <input type="checkbox"/> شقة مبنى <input type="checkbox"/> شارع عام		
<input type="checkbox"/> قطار أنفاق/حافلة <input type="checkbox"/> موقف سيارات <input type="checkbox"/> مطعم/حانة <input type="checkbox"/> مدرسة/فناء مدرسة <input type="checkbox"/> مركز تسوق <input type="checkbox"/> غير ذلك (وضح):		
المقاطعة التي حدثت فيها الجريمة: _____ تاريخ الجريمة: _____ تاريخ الإبلاغ عن الجريمة: _____ في حالة مرور أكثر من 7 أيام بين تاريخ وقوع الجريمة وتاريخ الإبلاغ عنها، فيرجى توضيح السبب: _____		
في حالة مرور أكثر من عام واحد بين تاريخ وقوع الجريمة وتاريخ تقديمك لهذه المطالبة، فيرجى توضيح السبب: _____		
صف الجريمة بأسلوبك الخاص: _____		

4. التعويض:

هل طلب المدعي العام (District Attorney, DA) من المحكمة أن تأمر بالتعويض؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> غير معروف
هل أمرت المحكمة بالإزام المشتبه به بدفع تعويض؟	<input type="checkbox"/> نعم (المبلغ بالدولار الأمريكي _____)	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> ليس بعد

5. حدثنا عن نفقاتك المتعلقة بهذه الجريمة. (ضع علامة على كل ما ينطبق.)

ملاحظة - إذا كنت مؤهلاً للحصول على تعويض، فقد يتمكن مكتب OVS من سداد النفقات المدرجة أدناه. ينبغي المطالبة كذلك بهذه النفقات أيضًا باعتبارها جزءًا من التعويض الملزم بأمر من المحكمة. يُشجع مقدمو الطلبات على مشاركة هذه المعلومات مع ممثلي الادعاء إذا كانت هناك قضية جنائية. تفضل بزيارة https://ovs.ny.gov/legal-information للمزيد من المعلومات.			
<input type="checkbox"/> نفقات طبية/سيارة إسعاف	<input type="checkbox"/> فقدان الدعم (المطالبة في حالة الوفاة فقط)	<input type="checkbox"/> خسارة الأجرور	<input type="checkbox"/> وسائل النقل الشخصية
<input type="checkbox"/> تنظيف مسرح الجريمة	<input type="checkbox"/> تدريب مهني/إعادة تأهيل	<input type="checkbox"/> ملجأ ضحايا العنف الأسري (DV)	<input type="checkbox"/> نفقات طبية/نفقات الاستشارات
<input type="checkbox"/> جهاز/نظام أمني	<input type="checkbox"/> جنازة/دفن	<input type="checkbox"/> النقل/التخزين	<input type="checkbox"/> المحكمة
<input type="checkbox"/> استشارات	<input type="checkbox"/> الممتلكات الشخصية الأساسية	<input type="checkbox"/> الممتلكات الشخصية الأساسية	<input type="checkbox"/> الممتلكات الشخصية الأساسية
<input type="checkbox"/> غير ذلك (وضح):			

6. قم بإدراج أي ممتلكات شخصية أساسية، مثل النقود أو النظارة أو الملابس التي يجب استبدالها بسبب هذه الجريمة. (إذا لم يكن هناك شيء، فانتقل إلى القسم 7.)

رقم	وصف الأشياء المفقودة/التالفة:	التكلفة	وصف الأشياء المفقودة/التالفة:	التكلفة
1.		دولار أمريكي	3.	دولار أمريكي
2.		دولار أمريكي	4.	دولار أمريكي

7. ضع علامة في المربعات الخاصة بالمزايا الأخرى أو التأمينات التي لديك والتي قد تساعد في دفع النفقات المتعلقة بهذه الجريمة:

<input type="checkbox"/> التأمين الصحي الخاص (من خلال صاحب العمل أو الدفع الذاتي)	<input type="checkbox"/> برنامج Child Health Plus	<input type="checkbox"/> تأمين العجز الاجتماعي للضمان الاجتماعي (SSDI)/إعانات الإعاقة	<input type="checkbox"/> تأمين المستأجر/تأمين على المنزل
<input type="checkbox"/> تأمين صحي ثانوي	<input type="checkbox"/> برنامج Medicare	<input type="checkbox"/> تعويض العمال	<input type="checkbox"/> التأمين على السيارات
<input type="checkbox"/> التأمين الصحي لسوق ولاية نيويورك	<input type="checkbox"/> برنامج Medicaid	<input type="checkbox"/> استحقاقات المحاربين القدماء	<input type="checkbox"/> لا يوجد
<input type="checkbox"/> الخطة الأساسية لولاية نيويورك	<input type="checkbox"/> غير ذلك:		

8. هل يمتلك محامي خاص (وليس مدعي عام)؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم:

اسم المحامي _____ العنوان _____ رقم الهاتف _____

9. تفويض بالتحدث مع الممثل

إذا كنت ترغب في إعطاء إذن لأحد أفراد العائلة أو الأصدقاء أو شخص آخر للتحدث مع مكتب OVS بخصوص مطالبتك، فقم بذكره هنا:

اسم الشخص _____ العنوان _____ رقم الهاتف _____

10. تفويض مقدم المطالبة/الضحية:

أقر بأن قبول منحة من مكتب خدمات الضحايا (Office of Victim Services, OVS) يترتب عليه حق امتياز لصالح ولاية نيويورك على أي تعويض يتعلق بالجريمة التي تستند إليها هذه المطالبة، بما في ذلك أي حكم أو تسوية أو مدفوعات متعلقة بالحكم بالتعويض. أفض أي مدير للجنازة أو محام أو جهة عمل أو قسم شرطة أو هيئة عامة أخرى أو شركة تأمين أو أي شخص قدم خدمات للشخص المذكور أعلاه، أو لديه علم بذلك، بتزويد مكتب OVS أو ممثليه بالمعلومات التالية: سجلات تعويض العاملين، والمعلومات المتعلقة بالجريمة أو أي إصابات أو وفاة نتيجة للجريمة، والمعلومات المتعلقة بهذه المطالبة. في حالة صدور منحة، فإنني أوافق مكتب OVS بسداد المدفوعات مباشرة إلى مقدم الخدمات. أفض أيضًا مكتب OVS بمشاركة معلوماتي وسجلاتي المجمع لهذه المطالبة مع برنامج مساعدة الضحايا المحلي (Victim Assistance Program, VAP) المدرج في هذا الطلب أو أي كيان حكومي محلي موجود في ولاية نيويورك لمساعدة ضحايا الجريمة حيث يساعد برنامج VAP أو الكيان الحكومي المحلي مكتب OVS في معالجة مطالبتي واتخاذ قراره وتنسيق الخدمات. إذا قمت بإدراج محام خاص في هذا الطلب، فإنني أوافق أيضًا مكتب OVS بمشاركة معلوماتي وسجلاتي المجمع لهذه المطالبة مع المحامي حتى يتصرف باعتباره ممثلًا لي. أفهم بأنه ستكون هناك حاجة إلى إشعار منفصل بالمثل من المحامي الخاص بي إلى جانب هذا التفويض. في حالة إدراج أحد أفراد الأسرة أو الأصدقاء أو أي شخص آخر في هذا الطلب، فإنني أوافق مكتب OVS بمشاركة معلوماتي وسجلاتي المجمع لهذه المطالبة مع ذلك الشخص حتى يساعدني فيما يخص هذه المطالبة. أقر بأن المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب وأي وثائق مقدمة لدعم هذا الطلب حقيقية وكاملة. أدرك أن الإدلاء ببيانات زائفة في هذا الطلب أو تقديم أي وثائق زائفة لدعم هذا الطلب قد يُعاقب عليه القانون باعتباره جريمة جنائية. أقر بأن إكمال هذا الطلب لا يضمن الحصول مكافئة.

سيتم اعتبار أي نسخة ضوئية من هذا التفويض سارية مثلها مثل النسخة الأصلية.

توقيع المدعي _____ التاريخ _____ رقم الهاتف خلال النهار _____

اللغة التي تفضل التحدث بها: <input type="checkbox"/> الإنجليزية <input type="checkbox"/> الإسبانية <input type="checkbox"/> الصينية <input type="checkbox"/> العربية <input type="checkbox"/> الكريولية الهايتية <input type="checkbox"/> الإيطالية <input type="checkbox"/> الكورية <input type="checkbox"/> الروسية <input type="checkbox"/> البينغالية <input type="checkbox"/> الفرنسية <input type="checkbox"/> الأوردية <input type="checkbox"/> غير ذلك	البريد الإلكتروني: _____
هل هناك حاجة إلى مترجم فوري: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	

لمعالجة طلبك، يرجى إرسال المستندات التالية إلى مكتب OVS. احتفظ بنسخة لسجلاتك.

- جميع الفواتير والإيصالات الخاصة بالنفقات المتعلقة بالسلع والخدمات التي وصفتها في القسمين 5 و6 من نموذج المطالبة هذا.
 - نموذج المطالبة المكتمل والموقع عليه.
 - نموذج HIPAA مكتمل لكل مقدم خدمات طبية وصحة عقلية قمت بزيارته بخصوص الخدمات المتعلقة بهذه الجريمة.
 - خطابات من أي شركات تأمين أو وكالات حكومية ترفض أو تأذن بالدفعات المتعلقة بالسلع والخدمات التي وصفتها في القسمين 5 و6 من نموذج المطالبة هذا.
- تذكر: يجب عليك تحرير فاتورة إلى شركة تأمينك أو خطة الاستحقاقات الخاصة بك قبل أن يتمكن مكتب OVS من السداد.

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

أرسل مستنداتك عبر البريد إلى:

أرسل مستنداتك عبر البريد الإلكتروني إلى: ovsintake@ovs.ny.gov



التفويض بالإفراج عن المعلومات الصحية بموجب قانون HIPAA
[تمت الموافقة على هذا النموذج من قبل إدارة الصحة في ولاية نيويورك]

اسم المريض	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي -XXX-XX
عنوان المريض		

أطلب أنا أو ممثلي المفوض الإفصاح عن المعلومات الصحية المتعلقة برعايتي الصحية وعلاجي على النحو المبين في هذا النموذج:

بموجب قانون ولاية نيويورك وقاعدة الخصوصية في قانون إخضاع التأمين الصحي لقبالية النقل والمحاسبة لعام 1996 (HIPAA)، فإنني أقر باستيعابي لما يلي:

1. أن هذا التصريح قد يشمل الإفصاح عن معلومات تتعلق بتعاطي الكحول وسوء استخدام العقاقير والعلاج المتعلق بالصحة العقلية، ما عدا ملاحظات العلاج النفسي، والمعلومات السرية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) فقط إذا وقعت بالأحرف الأولى من اسمي على السطر المناسب في الفقرة 9(أ). في حالة كون المعلومات الصحية الموصوفة أدناه تتضمن أيًا من أنواع هذه المعلومات، وقيامي بالتوقيع بالأحرف الأولى من اسمي على السطر داخل المربع في الفقرة 9(أ)، فأنا أصرح بصفة خاصة بالإفصاح عن مثل هذه المعلومات إلى الشخص (الأشخاص) المُشار إليه (إلهم) في الفقرة 8
2. إذا قمت بالإفصاح عن معلومات متعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية أو عن العلاج من إدمان الكحوليات أو العقاقير أو عن علاج الصحة العقلية، يُحظر على المتلقي إعادة الإفصاح عن مثل هذه المعلومات إلا إذا كان مسموحًا بذلك بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية. أفهم أن لدي الحق في طلب قائمة بالأشخاص الذين قد يتلقون أو يستخدموا معلوماتي المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية دون إذن. إذا تعرضت للتمييز نتيجة الكشف عن المعلومات المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو الإفصاح عنها، يجوز لي الاتصال بقسم حقوق الإنسان بولاية نيويورك على الرقم 480-2493 (212) أو مفوضية حقوق الإنسان بولاية نيويورك على الرقم 306-7450 (212). هذه الوكالات مسؤولة عن حماية حقوقي.
3. لدي الحق في إلغاء هذا التفويض في أي وقت من خلال إرسال خطاب مكتوب إلى مقدم الرعاية المذكور أدناه. أدرك أنه يمكنني إلغاء هذا التفويض طالما لم يتم بالفعل اتخاذ أي إجراء بناءً عليه.
4. أدرك أن التوقيع على هذا التفويض هو أمر تطوعي. ولن يكون علاجي أو مدفوعاتي أو التحاقني بإحدى الخطط الصحية أو أهليتي للحصول على الاستحقاقات مشروطًا بتصريحي بهذا الإفصاح.
5. يمكن إعادة الإفصاح عن المعلومات المكشوف عنها هنا من قبل المتلقي (باستثناء ما هو مبين أعلاه في الفقرة 2)، وقد لا تظل إعادة الكشف تلك خاضعة للحماية بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية.
6. إن هذا التفويض لا يصرح لك بمناقشة معلوماتي الصحية أو رعايتي الطبية مع أي شخص آخر غير المحامي والوكالة الحكومية المحددة في الفقرة 9(ب).

7. اسم وعنوان مقدم الرعاية الصحية أو الجهة المصرح لها بالكشف عن هذه المعلومات:

8. اسم وعنوان الشخص (الأشخاص) أو الفئة التي ينتمي لها الشخص الذي سترسل إليه هذه المعلومات:

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

9(أ). المعلومات المحددة التي سيتم الكشف عنها:

- السجلات الطبية من (أدخل التاريخ) إلى (أدخل التاريخ)
- السجلات الطبية كاملة، بما يتضمن سجلات تاريخ المريض وملاحظات العيادة (باستثناء ملاحظات العلاج النفسي) ونتائج الاختبارات ودراسات الأشعة والأفلام والإحالات والاستشارات وسجلات تحرير الفواتير وسجلات التأمين والسجلات المرسله إليك من قبل موفري الرعاية الصحية الآخرين.
- غير ذلك: _____
- تتضمن: (حدد بالتوقيع بالأحرف الأولى من الاسم)

مُعالجة الكحول/المُخدرات _____

معلومات الصحة العقلية _____

المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة _____

تفويض بمناقشة المعلومات الصحية
البشرية (HIV)

(ب) من خلال التوقيع بالأحرف الأولى من اسمي هنا _____ فإنني أفوض _____

اسم مقدم الرعاية الصحية الفردي

الأحرف الأولى

لمناقشة معلوماتي الصحية مع المحامي الخاص بي، أو وكالة حكومية، المُدرجة هنا:

مكتب خدمات الضحايا بولاية نيويورك

(اسم المحامي/مكتب المحاماة أو اسم الوكالة الحكومية)

10. سبب الكشف عن المعلومات:
بناءً على طلب الفرد لأغراض إثبات الأهلية لمخصصات مكتب خدمات الضحايا بولاية نيويورك.

11. التاريخ أو الحدث الذي سينتهي فيه هذا التفويض.
سينتهي سريان هذا التفويض عند انتهاء أهلية الفرد لمخصصات مكتب خدمات الضحايا.

12. إذا لم يكن المريض هو الذي سيقع، اسم الشخص المُوقع على النموذج:

13. سلطة التوقيع نيابة عن المريض:

تم إكمال جميع فقرات هذا النموذج، وتمت الإجابة عن جميع أسئلتني المتعلقة به. بالإضافة إلى ذلك، فقد تم تزويدي بنسخة من النموذج.

التاريخ: _____

توقيع المريض أو الممثل المفوض بموجب القانون.

* فيروس نقص المناعة البشرية الذي يسبب مرض الإيدز (AIDS). يحمي قانون الصحة العامة لولاية نيويورك المعلومات التي يُمكن أن تحدد بشكل معقول شخصًا على أنه يعاني من أعراض فيروس نقص المناعة البشرية أو العدوى والمعلومات المتعلقة بالاتصال