



Formulaire de demande et instructions

Comment déposer une demande d'indemnisation ?

Qui peut déposer une demande d'indemnisation ?

Les victimes d'un acte criminel, ainsi que des proches, des personnes à charge, des tuteurs et des personnes admissibles ayant agi en « bons samaritains » peuvent déposer une demande auprès du Bureau des services aux victimes (Office of Victim Services, OVS) afin d'obtenir une indemnisation des frais déboursés non couverts par les assurances ou par d'autres ressources.

Quels types de frais peuvent être indemnisés ?

L'OVS propose une indemnisation des frais liés aux blessures, au décès et à la perte de biens personnels essentiels.

Les frais spécifiques que l'OVS peut couvrir comprennent les services médicaux et de conseils, la perte de biens personnels essentiels, le nettoyage de la scène de crime et d'autres pertes qui sont le résultat direct de l'acte criminel.

Comment déposer une demande d'indemnisation ?

Envoyez-nous votre demande OVS dûment remplie ainsi qu'une copie des documents que l'OVS peut demander pour déterminer votre admissibilité à l'indemnisation.

Et si je n'ai pas tous les documents demandés par l'OVS ?

Envoyez votre demande sans délai. Vous pouvez envoyer les documents manquants plus tard.

Et si mes biens ont été perdus, endommagés ou détruits en raison de l'acte criminel ?

Si vous avez moins de 18 ans ou 60 ans ou plus, ou si vous êtes en situation de handicap ou avez été blessé(e), vous pouvez déposer une demande d'indemnisation pour remplacer vos biens personnels *essentiels* ou liquidités qui n'étaient pas couverts par d'autres ressources.

Essentiel signifie nécessaire à votre santé, à votre sécurité ou à votre bien-être. Il s'agit notamment d'articles comme les lunettes de vue non couvertes par une assurance, la literie et les vêtements.

Et si je déménage ?

Envoyez sans délai une lettre signée à l'OVS par courrier postal ou électronique. Indiquez-nous votre nouvelle adresse et votre nouveau numéro de téléphone. Informez-nous également si vous changez d'adresse électronique.

Qui peut signer la demande ?

En règle générale, c'est la victime qui doit signer la demande. Toutefois, si la victime a moins de 18 ans, ou si elle est physiquement ou mentalement incapable de signer, le tuteur/la tutrice légal(e) (la personne qui perçoit l'indemnisation) doit remplir la section 2 de la demande et signer cette dernière.

Si la victime est décédée, la personne qui dépose la demande d'indemnisation doit remplir la section 2 de la demande et signer cette dernière.

Existe-t-il un autre moyen de déposer une demande ?

Oui. Rendez-vous sur le site ovs.ny.gov pour accéder au Portail de soutien aux victimes (Victim Service Portal, VSP), puis remplissez une demande en ligne. Pour ce faire, vous devrez créer un compte sur my.ny.gov. Si vous avez besoin d'aide pour déposer une demande en ligne, appelez l'OVS au 800 247 8035 ou envoyez un courriel à OVSInfo@ovs.ny.gov.

Est-ce que je dois remplir un formulaire HIPAA ?

C'est possible. Ce formulaire permet de protéger vos informations médicales privées. Si vous déposez une demande de remboursement de frais médicaux ou de conseils, vous devez remplir un formulaire sur la loi relative à la transférabilité de l'assurance maladie et à la responsabilité des assureurs (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) pour chaque prestataire de services. Vous pouvez photocopier un formulaire vierge pour créer des exemplaires supplémentaires.

Qu'est-ce que la restitution ?

La restitution est une indemnisation versée à la victime par l'auteur d'un acte criminel en compensation des pertes ou des blessures encourues du fait de cet acte. Elle doit être ordonnée par le tribunal au moment de la condamnation et est considérée comme partie intégrante de la sentence. La restitution n'est PAS un versement visant à compenser les pertes ultérieures, l'angoisse mentale ou le « préjudice moral ». Pour en savoir plus, contactez l'OVS au 800 247 8035 ou consultez notre site internet à l'adresse <https://ovs.ny.gov/legal-information>.

Qui peut bénéficier d'une restitution ?

Toute personne ayant été victime d'un acte criminel et ayant subi des blessures, des pertes économiques ou des dommages peut demander une restitution.

Comment puis-je demander une restitution ?

Vous devez contacter le bureau du/de la procureur du district et l'informer de la gravité de vos blessures, des frais déboursés et du montant des dommages pour lesquels vous déposez une demande.

Lisez
« Comment déposer
une demande
d'indemnisation ? »
avant de remplir ce
formulaire.

Demande d'indemnisation Bureau des services aux victimes de l'État de New York



Réservé au programme d'assistance aux victimes (Victim Assistance Program, VAP)

N° OVS VAP	Nom/téléphone du programme	Nom/adresse électronique de l'avocat(e)
------------	----------------------------	---

1. Informations sur la victime :

Nom de famille :	Prénom :	Initiale du 2 ^e prénom :	N° de Sécurité sociale : <input type="checkbox"/> Cochez cette case si vous n'en avez pas.	Date de naissance :
Adresse postale :				
Rue : _____ N° d'appart. (ou boîte postale) : _____ Ville : _____ Comté : _____ État (ou pays étranger) : _____ Code postal : _____				
Race/appartenance ethnique : <input checked="" type="checkbox"/> Blanc(he) <input type="checkbox"/> Noir(e) <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Amérindien(ne)/autochtone de l'Alaska <input type="checkbox"/> Indien(ne) d'Asie <input type="checkbox"/> Chinois(e) <input type="checkbox"/> Japonais(e) <input type="checkbox"/> Philippin(e) <input type="checkbox"/> Coréen(ne)				
<input type="checkbox"/> Vietnamien(ne) <input type="checkbox"/> Bangladais(e) <input type="checkbox"/> Pakistanais(e) <input type="checkbox"/> Guamanien(ne) <input type="checkbox"/> Chamorro <input type="checkbox"/> Samoan(e) <input type="checkbox"/> Autochtone d'Hawaï <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Multi-origine				
État civil : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf/veuve <input type="checkbox"/> Vit avec un(e) partenaire				
Genre : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre			La victime était-elle en situation de handicap au moment de l'acte criminel ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	
Comment avez-vous entendu parler pour la première fois du Bureau des services aux victimes ?				
<input type="checkbox"/> Police <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Procureur du district <input type="checkbox"/> Programme d'assistance aux victimes <input type="checkbox"/> Radio/télé <input type="checkbox"/> Brochure/affiche <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Autre				

2. Si vous n'êtes pas la victime et que vous signez cette demande, vous êtes considéré(e) comme étant le demandeur/la demandeuse. Vos informations personnelles :

(Lisez « Qui peut signer la demande ? » à la page des instructions.)

Nom de famille :	Prénom :	Initiale du 2 ^e prénom :	N° de Sécurité sociale : <input type="checkbox"/> Cochez cette case si vous n'en avez pas.	Date de naissance :
Adresse postale :				
Rue _____ N° d'appart. (ou boîte postale) _____ Ville _____ Pays _____ État (ou pays étranger) _____ Code postal _____				
Quel est votre lien avec la victime ? (Cochez une seule case.)				
<input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Tuteur/tutrice légal(e) <input type="checkbox"/> Procureur <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____				

3. Informations sur l'acte criminel : (Cochez **une seule** case.)

La victime est décédée pour la raison suivante :	La victime a été blessée pour la raison suivante :	La victime a perdu ses biens personnels essentiels pour la raison suivante :
<input type="checkbox"/> Véhicule motorisé (conduite sous l'empire d'un état alcoolique [Driving Under the Influence, DUI]/Conduite en état d'ébriété [Driving While Intoxicated, DWI]) <input type="checkbox"/> Véhicule motorisé (autre) <input type="checkbox"/> Terrorisme <input type="checkbox"/> Incendie criminel <input type="checkbox"/> Traite d'êtres humains <input type="checkbox"/> Autre homicide	<input type="checkbox"/> Agression sexuelle <input type="checkbox"/> Violence physique ou négligence à l'égard d'un enfant <input type="checkbox"/> Abus sexuels sur un enfant <input type="checkbox"/> Véhicule motorisé (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> Véhicule motorisé (hors DUI/DWI) <input type="checkbox"/> Pornographie infantile <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____	<input type="checkbox"/> Incendie criminel <input type="checkbox"/> Actes de malveillance sur des biens <input type="checkbox"/> Fraude/criminalité financière <input type="checkbox"/> Cambriolage <input type="checkbox"/> Véhicule motorisé (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> Véhicule motorisé (hors DUI/DWI) <input type="checkbox"/> Traite d'êtres humains <input type="checkbox"/> Braquage (sans blessures) <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____
N° de rapport criminel :		Bureau de police ou organisme de justice pénale où l'acte criminel a été signalé :
Où s'est déroulé l'acte criminel ? (Cochez une seule case.) <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Résidence privée <input type="checkbox"/> Immeuble d'habitation <input type="checkbox"/> Voie publique		
<input type="checkbox"/> Métro/bus <input type="checkbox"/> Parking <input type="checkbox"/> Restaurant/bar <input type="checkbox"/> École/enceinte scolaire <input type="checkbox"/> Centre commercial <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____		
Comté où s'est déroulé l'acte criminel : _____ Date de l'acte criminel : _____ Date à laquelle l'acte criminel a été signalé : _____		
Si plus de sept jours se sont écoulés entre la date de l'acte criminel et la date à laquelle ce dernier a été signalé, précisez-en la raison : _____		
Si plus d'un an s'est écoulé entre la date de l'acte criminel et la date à laquelle vous remplissez cette demande, précisez-en la raison : _____		
Décrivez l'acte criminel dans vos propres termes : _____		

4. Restitution :

Le/la procureur du district (District Attorney, DA) a-t-il demandé au tribunal d'ordonner une restitution ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Le tribunal a-t-il ordonné au suspect/à la suspecte de payer une restitution ?	<input type="checkbox"/> Oui (<i>montant en \$: _____</i>)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas encore

5. Informations sur vos dépenses en lien avec l'acte criminel : (Cochez toutes les réponses applicables.)

REMARQUE : si vous êtes admissible à une indemnisation, l'OVS peut être en mesure de rembourser les dépenses énumérées ci-dessous. Ces éléments devraient également être demandés dans le cadre de la restitution ordonnée par le tribunal. Les demandeurs sont encouragés à partager ces informations avec les procureurs en cas d'acte criminel. Pour en savoir plus, consultez le site <https://ovs.ny.gov/legal-information>.

<input type="checkbox"/> Frais médicaux/ambulance	<input type="checkbox"/> Perte de soutien financier (pour les déclarations de décès uniquement)	<input type="checkbox"/> Pertes de rémunération	<input type="checkbox"/> Transport personnel
<input type="checkbox"/> Nettoyage de la scène de crime	<input type="checkbox"/> Frais professionnels/réinsertion	<input type="checkbox"/> Centre d'hébergement de victimes de violence familiale	<input type="checkbox"/> Frais médicaux/de conseils
<input type="checkbox"/> Dispositif/système de sécurité	<input type="checkbox"/> Funérailles/inhumation	<input type="checkbox"/> Déménagement/entreposage	<input type="checkbox"/> Tribunal
<input type="checkbox"/> Conseils		<input type="checkbox"/> Biens personnels essentiels	
<input type="checkbox"/> Autre (<i>précisez</i>) :			

6. Énumérez tous les biens personnels essentiels, comme les liquidités, les lunettes de vue ou les vêtements, qui doivent être remplacés en raison de cet acte criminel. (Si aucun bien ne doit être remplacé, passez à la question 7.)

Décrivez ce qui a été perdu ou endommagé :	Coût	Décrivez ce qui a été perdu ou endommagé :	Coût
1.	\$	3.	\$
2.	\$	4.	\$

7. Cochez les cases correspondant à d'autres prestations ou assurances dont vous bénéficiez et qui pourraient vous aider à payer les frais liés à cet acte criminel :

<input type="checkbox"/> Assurance maladie privée (par l'intermédiaire d'un employeur ou en cotisation libre)	<input type="checkbox"/> Child Health Plus	<input type="checkbox"/> SSDI/handicap	<input type="checkbox"/> Assurance habitation/locataire
<input type="checkbox"/> Assurance maladie secondaire	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Indemnisation pour accident du travail	<input type="checkbox"/> Assurance automobile
<input type="checkbox"/> Assurance maladie de la bourse de l'État de New York	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Pension d'ancien combattant	<input type="checkbox"/> Aucune
<input type="checkbox"/> Essential Plan de l'État de New York	<input type="checkbox"/> Autre :		

8. Est-ce qu'un(e) avocat(e) privé(e) (hors DA) vous représente ? Oui Non

Dans l'affirmative :

_____ ()
 Nom de l'avocat(e) Adresse Numéro de téléphone

9. Autorisation de parler avec les représentants

Si vous souhaitez autoriser un membre de votre famille, un ami ou une autre personne à parler avec l'OVS au sujet de votre demande, indiquez-le ici :

_____ ()
 Nom de la personne Adresse Numéro de téléphone

10. 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 (OVS) crée un lien en faveur de l'État de New York pour tout recouvrement relatif à l'acte criminel sur lequel est fondée cette demande, y compris tout jugement, règlement ou paiement d'une ordonnance de restitution. J'autorise le directeur/la directrice d'entreprise de pompes funèbres, le/la procureur, l'employeur/employeuse, la police ou toute autorité publique, la compagnie d'assurance ou toute personne ayant prêté 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 l'acte criminel, ou toute blessure ou tout décès subis en raison de l'acte criminel, 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 figurant sur cette demande ou toute entité gouvernementale locale établie dans l'État de New York pour aider les victimes d'actes criminels afin que le VAP ou l'entité gouvernementale locale assiste l'OVS dans le traitement de ma demande, son examen et la coordination des services. Si j'ai indiqué un(e) avocat(e) privé(e) sur la présente demande, j'autorise également l'OVS à partager mes informations et dossiers compilés de cette demande avec celui-ci/celle-ci afin d'agir en qualité de représentant(e) pour mon compte. Je comprends qu'un avis de comparution (Notice of Appearance) de la part de mon avocat(e) sera nécessaire en plus de cette autorisation. Si un membre de ma famille, un ami ou une autre personne est indiqué(e) sur la présente demande, j'autorise l'OVS à partager mes informations et dossiers compilés de cette demande avec cette personne afin qu'elle puisse m'assister dans cette demande. Je certifie que les informations fournies sur la présente demande et sur tout document fourni à l'appui de cette dernière sont véridiques et complètes. Je comprends que le fait de faire une fausse déclaration dans la présente demande ou de présenter un faux document à l'appui de cette demande peut être considéré comme une infraction pénale. Je reconnais que le fait de remplir la présente demande ne garantit pas l'attribution d'une subvention.

Une photocopie de cette autorisation sera considérée comme aussi effective que l'original.

Signature du demandeur/de la demandeuse _____ Date _____ Numéro de téléphone en journée _____

Adresse électronique : _____	Langue que vous préférez parler : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/> Chinois <input type="checkbox"/> Arabe <input type="checkbox"/> Créole haïtien <input type="checkbox"/> Italien <input type="checkbox"/> Coréen <input type="checkbox"/> Russe <input type="checkbox"/> Yiddish <input type="checkbox"/> Bengali <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Urdu
Interprète nécessaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Autre

Pour le traitement de votre demande, veuillez envoyer à l'OVS les documents suivants par courrier postal. Veuillez en conserver un exemplaire dans vos dossiers.

- Toutes les factures et tous les reçus des frais liés aux biens et services que vous avez décrits aux sections 5 et 6 du présent formulaire de demande.
- Votre formulaire dûment rempli et signé.
- Un formulaire HIPAA dûment rempli pour chaque prestataire de soins médicaux et de santé mentale que vous avez consulté pour des services liés à cet acte criminel.
- Les lettres de tout assureur ou organisme gouvernemental refusant ou autorisant des paiements liés aux biens et services que vous avez décrits aux sections 5 et 6 du présent formulaire de demande.

N'oubliez pas : vous devez facturer votre compagnie d'assurance ou votre régime d'assurance **avant** que l'OVS ne puisse payer.

Envoyez vos documents par courrier postal à : New York State Office of Victim Services
AE Smith Building
80 S. Swan Street
Albany, NY 12210-8002

Envoyez vos documents par courriel à : ovsintake@ovs.ny.gov

