
Come richiedere il risarcimento

Chi può richiedere il risarcimento?

Vittime di reati, alcuni parenti, familiari a carico, tutori legali e fornitori di assistenza idonei possono richiedere all'Ufficio servizi per le vittime di violenza (Office of Victim Services, OVS) il risarcimento delle spese vive non coperte dall'assicurazione o da altre risorse.

Per quali spese è possibile ottenere un risarcimento?

L'OVS offre risarcimenti per lesioni personali, decesso e perdita di beni personali essenziali.

Le spese specifiche che può coprire l'OVS includono spese mediche e per assistenza psicologica, perdita di beni personali essenziali, pulizia della scena del crimine e altre perdite derivanti direttamente dal reato.

Cosa devo fare per richiedere il risarcimento?

È necessario inviare la domanda OVS compilata e corredata dalle copie di documenti eventualmente richiesti dall'OVS per stabilire l'idoneità al risarcimento.

Cosa devo fare se non dispongo di tutti i documenti richiesti dall'OVS?

In questo caso, si consiglia di inviare subito la domanda, per poi inviare gli altri documenti in seguito.

Cosa devo fare se i miei beni sono stati persi, danneggiati o distrutti a causa del reato?

Chi ha meno di 18 anni o ha già compiuto il 60° anno di età, ha una disabilità o ha riportato una lesione può richiedere indennità sostitutive dei beni personali *essenziali* o contanti non coperti da altre risorse.

Essenziali significa necessari per la salute, la sicurezza o il benessere, ad esempio, a titolo esemplificativo e non esaustivo, occhiali non coperti dall'assicurazione, biancheria da letto e capi d'abbigliamento.

Cosa devo fare in caso di trasloco?

È necessario inviare immediatamente all'OVS una lettera firmata per posta o e-mail, comunicando il nuovo indirizzo e numero di telefono. Anche in caso di cambio di indirizzo e-mail è necessario darne comunicazione.

Chi può firmare la richiesta di risarcimento?

Di solito, è la vittima che firma la richiesta. Tuttavia, se la vittima ha meno di 18 anni d'età o è fisicamente o mentalmente incapace di firmare, è compito del tutore legale (la persona che riceve le indennità) compilare la sezione 2 e firmare la richiesta.

Se la vittima è deceduta, è compito della persona che richiede le indennità compilare la sezione 2 del presente modulo e firmare la richiesta.

Esistono altre modalità di presentazione della richiesta?

Sì. È possibile visitare il sito ovs.ny.gov per accedere in modo sicuro al Portale di assistenza alle vittime (Victim Service Portal, VSP) e inviare la richiesta online. Sarà necessario creare un account my.ny.gov per accedere al portale. Per ricevere assistenza con l'invio della richiesta online, contattare l'OVS al numero 800-247-8035 o inviare un'e-mail a OVInfo@ovs.ny.gov.

Devo compilare un modulo HIPAA?

Probabilmente. Questo modulo serve a tutelare le informazioni sanitarie riservate. Se si richiede il risarcimento per spese mediche o assistenza psicologica, compilare un modulo HIPAA per ciascun fornitore di servizi. È possibile fotocopiare un modulo in bianco e realizzare altre copie.

Cosa si intende per riparazione?

La riparazione è la somma di denaro versata alla vittima dal responsabile di un reato per le perdite o le lesioni riportate a causa del suddetto reato. Deve essere ordinata dal tribunale all'atto della sentenza, di cui è considerata parte integrante. La riparazione NON è un risarcimento danni per perdite future, danni psicologici o morali. Per ulteriori informazioni, contattare l'OVS al numero 800-247-8035 o visitare il sito web dell'OVS <https://ovs.ny.gov/legal-information>.

Chi può usufruire della riparazione?

Chiunque sia stato vittima di un reato e abbia riportato lesioni, perdite finanziarie o danni, ha il diritto di richiedere una riparazione.

Cosa devo fare per richiedere la riparazione?

Contattare l'ufficio del procuratore distrettuale comunicando la gravità delle lesioni riportate, le perdite effettivamente subite e l'importo dei danni per cui si richiede il risarcimento.

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

Leggere
Come richiedere il
risarcimento, prima di
compilare il presente
modulo.

Richiesta di risarcimento

Ufficio servizi per le vittime di violenza dello Stato di New York



Riservato al Programma di assistenza alle vittime di violenza

N. ID VAP OVS	Nome e telefono programma	Nome ed e-mail avvocato difensore
---------------	---------------------------	-----------------------------------

1. Informazioni sulla vittima.

Cognome	Nome:	Iniziale secondo nome	N. di previdenza sociale <input type="checkbox"/> Se non è disponibile un numero di previdenza sociale, spuntare questa casella	Data di nascita	
Indirizzo postale:					
Via	<i>Interno appartamento (o casella postale)</i>	Città:	Contea:	Stato (o Paese straniero)	CAP
Razza/Etnia:					
<input type="checkbox"/> Bianco/a <input type="checkbox"/> Nero/a <input type="checkbox"/> Ispanico/a <input type="checkbox"/> Nativo/a americano/a o dell'Alaska <input type="checkbox"/> Indiano/a asiatico/a <input type="checkbox"/> Cinese <input type="checkbox"/> Giapponese <input type="checkbox"/> Filipino/a <input type="checkbox"/> Coreano/a					
<input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Bangladesi <input type="checkbox"/> Pachistano/a <input type="checkbox"/> Guamaniano/a <input type="checkbox"/> Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano/a <input type="checkbox"/> Nativo/a delle Hawaii <input type="checkbox"/> Altra razza/etnia <input type="checkbox"/> Multietnico/a					
Stato civile: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Separato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Convivente					
Genere: <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere			La vittima era disabile al momento del reato?		
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non saprei		
Come è venuto/a a conoscenza dell'Ufficio servizi per le vittime di violenza?					
<input checked="" type="checkbox"/> Polizia <input type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/> Procuratore distrettuale <input type="checkbox"/> Programma assistenza vittime <input type="checkbox"/> Radio/TV <input type="checkbox"/> Opuscolo/Manifesto <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Altro					

2. Se la persona che firma la presente richiesta **non** è la vittima, verrà identificata come richiedente. Informazioni personali.

(Vedere "Chi può firmare la richiesta di risarcimento?" nella pagina delle istruzioni).

Cognome	Nome	Iniziale secondo nome	N. di previdenza sociale <input type="checkbox"/> Se non è disponibile un numero di previdenza sociale, spuntare questa casella	Data di nascita	
Indirizzo postale:					
Via	<i>Interno (o casella postale)</i>	Città	Contea	Stato (o Paese straniero)	CAP
Qual è la relazione con la vittima? (spuntare una sola casella)					
<input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Tutore legale <input type="checkbox"/> Rappresentante legale <input type="checkbox"/> Altro (spiegare) _____					

3. Informazioni sul reato (spuntare **una sola** casella).

La vittima è deceduta a causa di:	La vittima ha riportato lesioni a causa di:	La vittima ha subito la perdita di beni personali essenziali a causa di:
<input type="checkbox"/> Veicolo a motore (guida in stato di ebbrezza) <input type="checkbox"/> Veicolo a motore (altro) <input type="checkbox"/> Terrorismo <input type="checkbox"/> Incendio doloso <input type="checkbox"/> Tratta di esseri umani <input type="checkbox"/> Altro omicidio	<input type="checkbox"/> Aggressione di natura sessuale <input type="checkbox"/> Abbandono/Abusi fisici su minore <input type="checkbox"/> Abusi sessuali su minore <input type="checkbox"/> Veicolo a motore (guida in stato di ebbrezza) <input type="checkbox"/> Veicolo a motore (guida non in stato di ebbrezza) <input type="checkbox"/> Pedopornografia <input type="checkbox"/> Altro (spiegare): _____	<input type="checkbox"/> Furto <input type="checkbox"/> Veicolo a motore (guida in stato di ebbrezza) <input type="checkbox"/> Veicolo a motore (guida non in stato di ebbrezza) <input type="checkbox"/> Tratta di esseri umani <input type="checkbox"/> Rapina (senza lesioni) <input type="checkbox"/> Altro (spiegare): _____
Numero di denuncia del reato:		Denuncia presentata presso stazione di polizia o istituzione giudiziaria:
Dove si è verificato il reato? (spuntare una sola casella) <input type="checkbox"/> Luogo di lavoro <input type="checkbox"/> Residenza di proprietà <input type="checkbox"/> Condominio <input type="checkbox"/> Strada pubblica		
<input type="checkbox"/> Metro/Autobus <input type="checkbox"/> Parcheggio <input type="checkbox"/> Ristorante/Bar <input type="checkbox"/> Scuola/Spazi annessi alla scuola <input type="checkbox"/> Centro commerciale <input type="checkbox"/> Altro (spiegare): _____		
Contea in cui si è verificato il reato: _____ Data del reato: _____ Data di denuncia del reato: _____		
Se sono trascorsi più di 7 giorni tra la data del reato e la data della denuncia, spiegarne il motivo: _____		
Se è trascorso più di 1 anno tra la data del reato e la data della presente richiesta, spiegarne il motivo: _____		
Fornire una descrizione del reato: _____		

4. Riparazione:

Il procuratore distrettuale (District Attorney, DA) ha chiesto al tribunale di ordinare una riparazione?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non saprei
Il tribunale ha ordinato al sospettato di versare un importo a titolo di riparazione?	<input type="checkbox"/> Sì (importo \$ _____)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non ancora

5. Informazioni sulle spese relative a questo reato (spuntare tutte le caselle pertinenti).

NOTA: se il/la richiedente ha diritto al risarcimento, l'OVS potrebbe essere in grado di rimborsare le spese indicate di seguito. Queste spese dovrebbero essere richieste anche nell'ambito della riparazione per ordinanza del tribunale. I richiedenti sono invitati a comunicare le suddette informazioni ai pubblici ministeri nell'ambito di una causa penale. Per ulteriori informazioni visitare il sito <https://ovs.ny.gov/legal-information>.

<input type="checkbox"/> Spese mediche/Ambulanza <input type="checkbox"/> Pulizia della scena del crimine <input type="checkbox"/> Sistema/Dispositivo di sicurezza <input type="checkbox"/> Assistenza psicologica <input type="checkbox"/> Altro (spiegare):	<input type="checkbox"/> Perdita di sostegno (solo per il caso di decesso) <input type="checkbox"/> Professionale/Riabilitazione <input type="checkbox"/> Spese funebri/Sepoltura	<input type="checkbox"/> Mancata retribuzione <input type="checkbox"/> Ricovero di vittime di violenza domestica <input type="checkbox"/> Trasloco/Custodia <input type="checkbox"/> Beni personali essenziali	<input type="checkbox"/> Trasporto personale <input type="checkbox"/> Spese mediche/Assistenza psicologica <input type="checkbox"/> Tribunale
--	---	---	---

6. Indicare i beni personali essenziali, ad esempio contanti, occhiali o capi di abbigliamento, per i quali si richiede il risarcimento a causa del reato (se non pertinente, passare al punto 7).

Descrivere i beni danneggiati/persi:	Costo	Descrivere i beni danneggiati/persi:	Costo
1.	\$	3.	\$
2.	\$	4.	\$

7. Spuntare le caselle relative ad altre prestazioni o assicurazioni che possono contribuire a pagare le spese relative a questo reato:

<input type="checkbox"/> Assicurazione sanitaria privata (attraverso datore di lavoro o versamenti autonomi)	<input type="checkbox"/> Child Health Plus	<input type="checkbox"/> SSDI/Disabilità	<input type="checkbox"/> Assicurazione del proprietario/affittuario
<input type="checkbox"/> Assicurazione sanitaria secondaria	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Indennità per infortunio sul lavoro	<input type="checkbox"/> Assicurazione autonoma
<input type="checkbox"/> Assicurazione sanitaria Marketplace Stato di New York	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Indennità reduci di guerra	<input type="checkbox"/> Nessuna
<input type="checkbox"/> Essential Plan Stato di New York	<input type="checkbox"/> Altro:		

8. Il/La richiedente è rappresentato/a da un avvocato privato (non da un procuratore distrettuale)? Sì No

Se Sì:

 Nome dell'avvocato Indirizzo Numero di telefono ()

9. Autorizzazione a parlare con il rappresentante

Per autorizzare un familiare, un amico o un'altra persona a parlare con l'OVS della richiesta di risarcimento, fornire i seguenti dati:

 Nome della persona Indirizzo Numero di telefono ()

10. Autorizzazione della vittima/del richiedente

PRENDO ATTO che l'accettazione di un risarcimento dall'Ufficio servizi per le vittime di violenza (Office of Victim Services, OVS) crea un diritto di pegno a favore dello Stato di New York sull'eventuale recupero relativo al reato a cui fa riferimento la presente richiesta, incluso qualsiasi sentenza, liquidazione o pagamento di un ordine di riparazione. Autorizzo qualsiasi impresario di pompe funebri, rappresentante legale, datore di lavoro, forza dell'ordine o altra autorità pubblica, compagnia di assicurazione o chiunque abbia erogato servizi alla suddetta persona o che ne sia a conoscenza, a fornire le seguenti informazioni all'OVS o ai suoi rappresentanti: documentazione relativa alle indennità per infortunio sul lavoro, informazioni relative al reato o alle lesioni/al decesso a causa del reato e informazioni relative alla presente richiesta di risarcimento. In caso di risarcimento, autorizzo l'OVS a versare i pagamenti direttamente a chi ha erogato i servizi. Autorizzo inoltre l'OVS a condividere le mie informazioni e i documenti compilati per la presente richiesta di risarcimento con il Programma di assistenza alle vittime di violenza (Victim Assistance Program, VAP) locale elencate nella richiesta o con qualsiasi ente governativo locale nello Stato di New York per aiutare le vittime di un reato affinché il VAP o l'ente governativo locale collabori con l'OVS a evadere la mia richiesta, ad assumere una decisione e a coordinare i servizi. Se ho indicato un avvocato privato nella presente domanda, autorizzo inoltre l'OVS a condividere le mie informazioni e i documenti compilati per la presente richiesta di risarcimento anche con l'avvocato affinché possa rappresentarmi. Sono consapevole che, in aggiunta alla presente autorizzazione, è necessaria la presentazione di un avviso di comparizione (Notice of Appearance) da parte del mio avvocato. Se è stato indicato un familiare, un amico o un'altra persona nella presente domanda, autorizzo l'OVS a condividere le mie informazioni e i documenti compilati per la presente richiesta di risarcimento con la suddetta persona affinché possa aiutarmi con la presente richiesta. Certifico la veridicità e la completezza delle informazioni da me fornite nell'ambito di questa domanda e di qualsiasi documento corredante la medesima. Sono consapevole che dichiarare il falso nell'ambito della presente domanda o inviare una documentazione falsa a sostegno della stessa può essere punibile come reato. Sono consapevole che la compilazione di questa domanda non garantisce l'assegnazione di un risarcimento.

Una fotocopia della presente autorizzazione avrà la stessa validità dell'originale.

▶ _____ ()
 Firma del/della richiedente Data Recapito telefonico diurno

E-mail: _____	Lingua che preferisce parlare: <input type="checkbox"/> Inglese <input type="checkbox"/> Spagnolo <input type="checkbox"/> Cinese <input type="checkbox"/> Arabo <input type="checkbox"/> Creolo haitiano <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Russo <input type="checkbox"/> Yiddish <input type="checkbox"/> Bengali <input type="checkbox"/> Francese <input type="checkbox"/> Urdu
Necessità di un interprete: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Altro

Inviare i seguenti documenti all'OVS ai fini dell'evasione della richiesta. Conservarne una copia per riferimento.

- Tutte le fatture e le ricevute delle spese relative ai beni e ai servizi descritti nelle sezioni 5 e 6 del presente modulo di richiesta di risarcimento.
- Modulo di richiesta di risarcimento compilato e firmato.
- Un modulo HIPAA compilato per ogni fornitore di servizi medici e di salute mentale a cui ci si è rivolti per servizi correlati a questo reato.
- Lettere di eventuali assicuratori o enti governativi che negano o autorizzano i pagamenti relativi ai beni e servizi descritti nelle sezioni 5 e 6 del presente modulo di richiesta di risarcimento.

Importante. Affinché l'OVS possa effettuare il pagamento, è necessario **prima** addebitare l'importo alla compagnia di assicurazione o ai responsabili del piano di indennizzo.

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

Inviare i documenti via e-mail a: ovsintake@ovs.ny.gov



AUTORIZZAZIONE ALLA DIVULGAZIONE DELLE INFORMAZIONI SANITARIE AI SENSI DELL'HIPAA
[Il presente modulo è stato approvato dal Dipartimento della salute dello Stato di New York]

Nome del/della paziente	Data di nascita	Numero di previdenza sociale XXX-XX-__
Indirizzo del/della paziente		

Il/La sottoscritto/a, o il mio rappresentante autorizzato, chiede che le informazioni riguardanti le cure e i trattamenti a cui sono sottoposto/a vengano divulgate secondo quanto stabilito nel presente modulo:

Ai sensi della legge dello Stato di New York e delle norme sulla privacy di cui alla legge sulla responsabilità e trasferibilità in materia di copertura assicurativa (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) del 1996, sono consapevole che:

- La presente autorizzazione potrà includere la divulgazione di informazioni relative ad **ABUSO DI ALCOLICI e FARMACI, TRATTAMENTI DI IGIENE MENTALE**, salvo note di psicoterapia, e **INFORMAZIONI RISERVATE SUL TRATTAMENTO PER L'HIV*** solo se apporrò le mie iniziali sulla riga corrispondente al punto 9(a). Nel caso in cui le informazioni sanitarie descritte di seguito includano questo tipo di informazioni e io abbia apposto le mie iniziali sulla riga corrispondente alla casella del punto 9(a), autorizzo specificamente la divulgazione di tali informazioni alla persona o alle persone indicate al punto 8.
- Qualora autorizzi la divulgazione di informazioni sul trattamento per l'HIV, l'abuso di alcolici o farmaci o su trattamenti di igiene mentale, il destinatario è tenuto a non divulgare nuovamente tali informazioni in assenza di autorizzazione da parte mia, salvo nei casi in cui ciò sia consentito dalla legge federale o statale. Sono consapevole del diritto che mi spetta di richiedere un elenco delle persone che possono ricevere o utilizzare le informazioni sul trattamento per l'HIV senza autorizzazione. Qualora subisca discriminazioni a causa della comunicazione o della divulgazione di informazioni relative all'HIV, potrò contattare la Divisione per i diritti civili (Division of Human Rights) dello Stato di New York al numero di telefono (212) 480-2493 o la Commissione per i diritti civili (Commission of Human Rights) della Città di New York al numero di telefono (212) 306-7450. Queste agenzie sono responsabili della tutela dei miei diritti.
- Potrò revocare in qualunque momento la presente autorizzazione scrivendo all'operatore sanitario indicato di seguito. Sono consapevole della facoltà che mi spetta di revocare la presente autorizzazione, ma non di annullare le azioni già adottate sulla base della presente autorizzazione.
- Sono consapevole di aver firmato la presente autorizzazione di mia spontanea volontà. Il mio trattamento, il pagamento, l'adesione a un piano sanitario o l'idoneità a ricevere indennità non verranno condizionati dalla mia autorizzazione alla divulgazione delle informazioni.
- Le informazioni divulgate in base alla presente autorizzazione potranno essere nuovamente divulgate dal destinatario (fatto salvo quanto riportato al punto 2). La nuova divulgazione potrebbe non ricadere sotto la tutela della legge federale o statale.
- LA PRESENTE AUTORIZZAZIONE NON CONSENTE LA DISCUSSIONE DELLE INFORMAZIONI SANITARIE O DEI TRATTAMENTI CLINICI CHE MI RIGUARDANO CON SOGGETTI DIVERSI DAL RAPPRESENTANTE LEGALE O DALL'AGENZIA STATALE INDICATI AL PUNTO 9 (b).**

7. Nome e indirizzo del fornitore di servizi sanitari o dell'ente di assistenza sanitaria che divulgherà queste informazioni:	
8. Nome e indirizzo delle persone o della categoria di persone a cui verranno inviate queste informazioni: NYS OFFICE OF VICTIM SERVICES – AE SMITH BLDG., 80 S. SWAN ST., ALBANY, NY 12210-8002	
9(a). Informazioni specifiche da divulgare: <input type="checkbox"/> Cartella clinica dal (inserire data) _____ al (inserire data) _____ <input type="checkbox"/> Cartella clinica completa, comprese l'anamnesi del/della paziente, le note dell'ufficio (tranne gli appunti delle sedute di psicoterapia), i risultati di test, gli studi radiologici, le immagini, le segnalazioni di consulenti, le consulenze, i dati di fatturazione, i dati assicurativi e i dati inviati da altri operatori sanitari. <input type="checkbox"/> Altro: _____ <div style="text-align: right;">Includere: (indicare con iniziali) _____ Trattamento per abuso di alcol o farmaci _____ Informazioni sull'igiene mentale _____ Informazioni su trattamenti per l'HIV</div>	
Autorizzazione a discutere informazioni sanitarie (b) <input type="checkbox"/> Tramite l'apposizione qui delle mie iniziali _____ autorizzo _____ <div style="text-align: center;"> Iniziali Nome dell'operatore sanitario UFFICIO SERVIZI PER LE VITTIME DI VIOLENZA DELLO STATO DI NEW YORK _____ (Nome del/della rappresentante legale/azienda o agenzia statale) </div>	
10. Motivo della divulgazione delle informazioni: <i>Su richiesta dell'interessato/a, per poter stabilire l'idoneità a ricevere le indennità dall'Ufficio servizi per le vittime di violenza dello Stato di New York.</i>	11. Data o evento in cui scadrà la presente autorizzazione: <i>La presente autorizzazione non sarà più valida alla scadenza dell'idoneità a ricevere le indennità dell'Ufficio servizi per le vittime di violenza.</i>
12. Nome del firmatario del modulo, se diverso dal/dalla paziente:	13. Autorizzazione alla firma per conto del/della paziente:

Tutti i punti del presente modulo sono stati compilati ed è stata data risposta a tutte le mie domande sul modulo. Ho inoltre ricevuto copia del modulo.

Data: _____

_____ Firma del/della paziente o del rappresentante legalmente autorizzato.

* **Virus dell'immunodeficienza umana che provoca l'AIDS. La legge sulla sanità pubblica (Public Health Law) dello Stato di New York tutela le informazioni che possono ragionevolmente permettere di identificare un soggetto che presenti sintomi o infezione da HIV e le informazioni che riguardano i contatti di un soggetto.**