

## 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](http://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](http://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](mailto: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.

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 <input type="checkbox"/> Zaznaczyć w razie braku	Data urodzenia	
Adres do korespondencji:					
<i>Ulica</i>	<i>Nr mieszkania (lub skrytka pocztowa)</i>	<i>Miejscowość:</i>	<i>Okręg:</i>	<i>Stan (lub inny kraj)</i>	<i>Kod pocztowy</i>
<b>Rasa / pochodzenie etniczne:</b> <input type="checkbox"/> biała <input type="checkbox"/> czarna <input type="checkbox"/> latynoskie <input type="checkbox"/> rdzenny Amerykanin / rdzenny mieszkaniec Alaski <input type="checkbox"/> hinduskie <input type="checkbox"/> chińskie <input type="checkbox"/> japońskie <input type="checkbox"/> filiipińskie <input type="checkbox"/> koreańskie					
<input type="checkbox"/> wietnamskie <input type="checkbox"/> bangladeskie <input type="checkbox"/> pakistańskie <input type="checkbox"/> guamskie <input type="checkbox"/> Czamorro <input type="checkbox"/> samozańskie <input type="checkbox"/> rdzenny mieszkaniec Hawajów <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> wielorasowe					
<b>Stan cywilny:</b> <input type="checkbox"/> Kawaler/panna <input type="checkbox"/> W związku małżeńskim <input type="checkbox"/> Rozwiedziony(-a) <input type="checkbox"/> W separacji <input type="checkbox"/> Wdowiec/wdowa <input type="checkbox"/> Mieszkam z partnerem(-ką)					
<b>Płeć:</b> <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać			<b>Czy w momencie przestępstwa ofiara była osobą z niepełnosprawnością?</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem		
<b>Skąd dowiedziałeś(-a) się o Biurze Pomocy Ofiarom?</b>					
<input type="checkbox"/> Policja <input type="checkbox"/> Szpital <input type="checkbox"/> Prokuratura <input type="checkbox"/> Program Pomocy dla Ofiar <input type="checkbox"/> Radio/telewizja <input type="checkbox"/> Ulotka/plakat <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Zaznaczyć w razie braku	Data urodzenia	
Adres do korespondencji:					
<i>Ulica</i>	<i>Nr mieszkania (lub skrytka pocztowa)</i>	<i>Miejscowość</i>	<i>Okręg</i>	<i>Stan (lub inny kraj)</i>	<i>Kod pocztowy</i>
Jaki jest Twój związek z ofiarą? (Należy zaznaczyć <b>tylko</b> jedną opcję)					
<input type="checkbox"/> Rodzic <input type="checkbox"/> Małżonek <input type="checkbox"/> Dziecko <input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Adwokat <input type="checkbox"/> Inny (należy opisać) _____					

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

<b>Przyczyna śmierci ofiary:</b> <input type="checkbox"/> Wypadek samochodowy (prowadzenie w stanie nietrzeźwości / pod wpływem środka odurzającego) <input type="checkbox"/> Wypadek samochodowy (inny) <input type="checkbox"/> Atak terrorystyczny <input type="checkbox"/> Podpalenie <input type="checkbox"/> Handel ludźmi <input type="checkbox"/> Inny rodzaj zabójstwa	<b>Przyczyna obrażeń ofiary:</b> <input type="checkbox"/> Napaść na tle seksualnym <input type="checkbox"/> Przemoc fizyczna / zaniechanie dziecka <input type="checkbox"/> Molestowanie seksualne dziecka <input type="checkbox"/> Wypadek samochodowy (prowadzenie w stanie nietrzeźwości/ pod wpływem środka odurzającego) <input type="checkbox"/> Wypadek samochodowy (inny niż prowadzenie w stanie nietrzeźwości / pod wpływem środka odurzającego) <input type="checkbox"/> Pornografia dziecięca <input type="checkbox"/> Inne (należy wskazać, jakie): _____	<input type="checkbox"/> Napaść <input type="checkbox"/> Uporczywe nękanie (stalking) <input type="checkbox"/> Porwanie <input type="checkbox"/> Atak terrorystyczny <input type="checkbox"/> Podpalenie <input type="checkbox"/> Napad rabunkowy <input type="checkbox"/> Handel ludźmi	<b>Przyczyna utraty mienia osobistego przez ofiarę:</b> <input type="checkbox"/> Włamanie <input type="checkbox"/> Wypadek samochodowy (prowadzenie w stanie nietrzeźwości / pod wpływem środka odurzającego) <input type="checkbox"/> Wypadek samochodowy (inny niż prowadzenie w stanie nietrzeźwości / pod wpływem środka odurzającego) <input type="checkbox"/> Handel ludźmi <input type="checkbox"/> Napad rabunkowy (bez obrażeń) <input type="checkbox"/> Inne (należy wskazać, jakie): _____	<input type="checkbox"/> Podpalenie <input type="checkbox"/> Celowe uszkodzenie mienia <input type="checkbox"/> Oszustwo / przestępstwo finansowe
<b>Nr zgłoszenia przestępstwa:</b>		<b>Oddział policji lub organ wymiaru sprawiedliwości otrzymujący zgłoszenie:</b>		
Miejsce przestępstwa (Należy zaznaczyć <b>tylko jedną</b> opcję). <input type="checkbox"/> Praca <input type="checkbox"/> Własny budynek <input type="checkbox"/> Budynek mieszkalny <input type="checkbox"/> Publiczna ulica				
<input type="checkbox"/> Metro/autobus <input type="checkbox"/> Parking <input type="checkbox"/> Restauracja/bar <input type="checkbox"/> Szkoła / teren szkoły <input type="checkbox"/> Centrum handlowe <input type="checkbox"/> 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: _____				



**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](mailto: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 WYMNIENIONA 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:

*Na żądanie osoby w celu ustalenia kwalifikacji do świadczeń Biura Pomocy Ofiarom stanu Nowy Jork (New York State Office of Victim Services).*

11. Data lub zdarzenie, po którym niniejsze upoważnienie wygaśnie:

*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.