



## Как подать заявление на получение компенсации

### Кто может подать заявление на получение компенсации?

Потерпевшие, некоторые их родственники, иждивенцы, законные опекуны и соответствующие требованиям неравнодушные граждане могут подать заявление в Управление по предоставлению услуг жертвам преступлений (Office of Victim Services, OVS) для получения компенсации личных расходов, не покрываемых страховкой или другими ресурсами.

### Какие расходы могут быть возмещены?

OVS предлагает компенсацию расходов, связанных с полученными травмами, смертью и потерей необходимого личного имущества.

К отдельным видам расходов, которые может компенсировать OVS, относятся расходы на медицинские и психотерапевтические услуги, утрата необходимого личного имущества, чистка места преступления и другие затраты, являющиеся непосредственным его результатом.

### Как подать заявление на получение компенсации?

Пришлите нам заполненное заявление в OVS вместе с копиями документов, которые может потребовать это управление, чтобы узнать, соответствуете ли вы критериям получения компенсации.

### Что, если у меня нет некоторых документов, требуемых OVS?

Не медлите с отправкой заявления. Вы можете отправить остальные документы позже.

### Как быть, если мое имущество было утеряно, повреждено или разрушено в результате преступления?

Если вы младше 18 лет или вам уже исполнилось 60 лет, имеете инвалидность или получили травму, можно подать заявление на получение льгот для компенсации расходов на замену *необходимого* личного имущества или денежных средств, которые не были покрыты другими ресурсами.

Под *необходимым* имеется в виду такие, которые потребны для вашего здоровья, безопасности или благосостояния. К такому имуществу относятся (но не ограничиваются приведенными примерами) такие вещи, как очки, не обеспечиваемые страхованием, постельные принадлежности и одежда.

### Что, если я перееду?

Немедленно отправьте в OVS подписанное письмо по почте или электронной почте. Сообщите нам свой новый адрес и номер телефона. Также сообщите нам, если у вас поменялся адрес электронной почты.

### Кто может подписать заявление?

Как правило, заявление должно быть подписано потерпевшим. Однако если потерпевшее лицо не достигло совершеннолетия, физически или психически не способно подписать заявление, законный опекун (лицо, получающее компенсацию) должен заполнить раздел 2 заявления и поставить свою подпись.

В случае смерти потерпевшего лицо, обращающееся за предоставлением льгот, должно заполнить раздел 2 данного заявления и подписать заявление.

### Есть ли другие способы подать заявление?

Да. На сайте [ovs.ny.gov](https://ovs.ny.gov) перейдите на защищенный Портал по предоставлению услуг жертвам преступлений (Victim Service Portal, VSP) и подайте заявление в режиме онлайн. Чтобы войти на портал, вам нужно будет создать учетную запись на сайте [my.ny.gov](https://my.ny.gov). Для получения помощи с подачей заявления онлайн обратитесь в OVS по номеру телефона 800-247-8035 или электронной почте [OVSIInfo@ovs.ny.gov](mailto:OVSIInfo@ovs.ny.gov).

### Нужно ли мне заполнять форму в соответствии с законом «О мобильности и подотчетности медицинского страхования» (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)?

Возможно. Эта форма способствует защите ваших личных медицинских данных. Если вы подаете заявление о компенсации расходов на медицинские или психотерапевтические услуги, вам следует заполнить отдельную форму HIPAA для каждого поставщика услуг. Вы можете сделать фотокопии пустой формы, чтобы получить несколько экземпляров.

### Что такое возмещение?

Возмещение — деньги, выплачиваемые потерпевшему правонарушителем за ущерб или травмы, полученные в результате преступления. Возмещение назначается решением суда во время вынесения приговора, и оно считается частью приговора. Возмещение НЕ предназначено для компенсации будущих потерь, морального вреда, физического или эмоционального ущерба. Для получения дополнительной информации обратитесь в OVS по номеру телефона 800-247-8035 или посетите веб-сайт OVS по ссылке <https://ovs.ny.gov/legal-information>.

### Кто может получить возмещение?

Возмещение может потребовать любой человек, который стал жертвой преступления, получил травмы, понес финансовые потери или ущерб.

### Как потребовать возмещение?

Вам следует обратиться в офис окружного прокурора и сообщить, насколько серьезны полученные вами травмы, о понесенных вами непосредственных расходах и о сумме ущерба, которую вы просите компенсировать.

Прочитайте раздел  
Как подать заявление  
на получение  
компенсации перед  
заполнением данной  
формы.

## Заявление на получение компенсации Управление штата Нью-Йорк по предоставлению услуг жертвам преступлений (New York State Office of Victim Services)



### Только для использования программой помощи потерпевшим (Victim Assistance Program, VAP)

Идентификационный номер OVS VAP	Название программы / телефон	Ф. И. О. / адрес электронной почты адвоката
---------------------------------	------------------------------	---

#### 1. Сообщите информацию о потерпевшем.

Фамилия	Имя:	Средний инициал	Номер социального обеспечения <input type="checkbox"/> Поставьте здесь галочку, если у вас его нет	Дата рождения
Почтовый адрес:				
Улица:	Квартира (или абонентский ящик):	Город:	Округ:	Штат (или иностранное государство):
<b>Расовая/этническая принадлежность:</b> <input type="checkbox"/> Белый (-ая) <input type="checkbox"/> Чернокожий (-ая) <input type="checkbox"/> Латиноамериканец (-нка) <input type="checkbox"/> Индеец (индианка) или коренной житель (-ница) Аляски <input type="checkbox"/> Индеец (-анка) <input type="checkbox"/> Китаец (китайка) <input type="checkbox"/> Яполец (-ка) <input type="checkbox"/> Филиппинец (-нка) <input type="checkbox"/> Кореец (-янка)				
<input type="checkbox"/> Вьетнамец (-ка) <input type="checkbox"/> Бангладешец (-ка) <input type="checkbox"/> Пакистанец (-ка) <input type="checkbox"/> Гуамец (-мка) <input type="checkbox"/> Чаморро <input type="checkbox"/> Самоанец (-нка) <input type="checkbox"/> Коренной гаваец (-йка) <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Представитель (-ница) смешанной расы				
<b>Семейное положение:</b> <input type="checkbox"/> Не женат (не замужем) <input type="checkbox"/> Женат (замужем) <input type="checkbox"/> В разводе <input type="checkbox"/> В браке, проживает отдельно <input type="checkbox"/> Вдовец (вдова) <input type="checkbox"/> Проживает с партнером				
<b>Гендер:</b> <input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Женщина <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Предпочитаю не отвечать			<b>Являлась ли жертва преступления инвалидом на момент преступления?</b> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно	
<b>От кого вы впервые узнали об Управлении по предоставлению услуг жертвам преступлений (Office of Victim Services)?</b>				
<input type="checkbox"/> Полиция <input type="checkbox"/> Больница <input type="checkbox"/> Окружной прокурор <input type="checkbox"/> Программа помощи жертвам преступлений <input type="checkbox"/> Радио/телевидение <input type="checkbox"/> Брошюра/постер <input type="checkbox"/> Интернет <input type="checkbox"/> Другое				

#### 2. Если вы не являетесь потерпевшим и подписываете данное заявление, вы являетесь заявителем. Предоставьте информацию о себе.

(См. раздел «Кто может подписать заявление?» на странице с инструкциями.)

Фамилия	Имя	Средний инициал	Номер социального обеспечения <input type="checkbox"/> Поставьте здесь галочку, если у вас его нет	Дата рождения
Почтовый адрес:				
Улица:	Квартира (или абонентский ящик):	Город:	Округ:	Штат (или иностранное государство):
Какова ваша степень родства или связь с потерпевшим? (Отметьте <b>только</b> один вариант.) <input type="checkbox"/> Мать (отец) <input type="checkbox"/> Супруг (-а) <input type="checkbox"/> Сын (дочь) <input type="checkbox"/> Законный опекун <input type="checkbox"/> Адвокат <input type="checkbox"/> Другое (поясните) _____				

#### 3. Сообщите информацию о преступлении. (Отметьте **только** один вариант.)

<b>Потерпевший умер. Причины:</b>	<b>Потерпевший получил травмы. Причины:</b>	<b>Потерпевший лишился необходимого личного имущества. Причины:</b>	
<input type="checkbox"/> Механическое транспортное средство (управление под воздействием алкоголя, наркотиков или лекарственных средств) <input type="checkbox"/> Механическое транспортное средство (другое) <input type="checkbox"/> Терроризм <input type="checkbox"/> Поджог <input type="checkbox"/> Торговля людьми <input type="checkbox"/> Убийство другого рода	<input type="checkbox"/> Сексуальное насилие <input type="checkbox"/> Физическое насилие или отсутствие заботы в отношении ребенка <input type="checkbox"/> Сексуальное насилие над ребенком <input type="checkbox"/> Механическое транспортное средство (управление под воздействием алкоголя, наркотиков или лекарственных средств) <input type="checkbox"/> Механическое транспортное средство (другое) <input type="checkbox"/> Детская порнография <input type="checkbox"/> Другое (поясните): _____	<input type="checkbox"/> Насилие <input type="checkbox"/> Преследование <input type="checkbox"/> Похищение человека <input type="checkbox"/> Терроризм <input type="checkbox"/> Поджог <input type="checkbox"/> Разбойное нападение <input type="checkbox"/> Торговля людьми	<input type="checkbox"/> Кража со взломом <input type="checkbox"/> Механическое транспортное средство (управление под воздействием алкоголя, наркотиков или лекарственных средств) <input type="checkbox"/> Механическое транспортное средство (другое) <input type="checkbox"/> Торговля людьми <input type="checkbox"/> Разбойное нападение (без травм) <input type="checkbox"/> Другое (поясните): _____
<b>Сообщение о преступлении №:</b>		<b>Управление полиции или орган уголовной юстиции, куда сообщили о преступлении:</b>	
Где произошло преступление? (Отметьте <b>только</b> один вариант.) <input type="checkbox"/> Работа <input type="checkbox"/> Собственный дом <input type="checkbox"/> Многоквартирный дом			



## 10. Разрешение потерпевшего или заявителя

Я ПРИЗНАЮ, что принятие пособия от Управления по предоставлению услуг жертвам преступлений (Office of Victim Services, OVS) создает залоговое право в пользу штата Нью-Йорк на любое взыскание, связанное с преступлением, на котором основано это заявление, включая любое судебное решение, урегулирование или выплаты по постановлению суда о возмещении. Я также разрешаю любому сотруднику бюро ритуальных услуг, поверенному, работодателю, полиции или другому государственному органу, страховой компании или любому лицу, которое оказывало услуги вышеуказанному лицу или знало об этом, предоставить OVS или его представителям следующую информацию: документы о компенсационных выплатах работникам в связи с производственной травмой, информацию о преступлении или любых травмах, понесенных в результате преступления, или смерти, а также информацию, относящуюся к этому заявлению. Если пособие будет назначено, я разрешаю OVS производить выплаты непосредственно поставщику услуг. Я также разрешаю OVS предоставлять мою информацию и документацию, подготовленную в связи с данным заявлением, в местную программу помощи жертвам преступлений (Victim Assistance Program, VAP), указанную в данном заявлении, или в любой местный государственный орган, действующий в штате Нью-Йорк с целью предоставления помощи жертвам преступлений, чтобы VAP или местный государственный орган могли содействовать OVS в обработке моего заявления, принятии решения по нему и координации предоставляемых услуг. Если выше указан частный адвокат, я также разрешаю OVS передавать этому адвокату мою информацию и документы, собранные для этого заявления, чтобы он/она мог(-ла) действовать в качестве моего представителя. Я понимаю, что в дополнение к данному разрешению от моего адвоката потребуется отдельное уведомление об участии в деле (Notice of Appearance). Если выше указан член семьи, друг или другое лицо, я разрешаю OVS передавать ему/ей мою информацию и документы, собранные для этого заявления, чтобы он/она мог(-ла) оказать мне помощь в связи с этим заявлением. Я подтверждаю, что информация, указанная мной в данном заявлении и в любых предоставленных подтверждающих документах, является полной и достоверной. Я понимаю, что указание ложных сведений в данном заявлении и документации, представленной в его обоснование, может повлечь за собой уголовную ответственность. Я признаю, что подача данного заявления не гарантирует получение пособия.

**Фотокопия данного разрешения обладает той же юридической силой, что и оригинал.**



( )

Подпись заявителя

Дата

Номер телефона для связи в дневное время

Адрес электронной почты: _____	Предпочитаемый вами язык общения: <input type="checkbox"/> Английский <input type="checkbox"/> Испанский <input type="checkbox"/> Китайский <input type="checkbox"/> Арабский <input type="checkbox"/> Гаитянский креольский <input type="checkbox"/> Итальянский <input type="checkbox"/> Корейский <input type="checkbox"/> Русский <input type="checkbox"/> Идиш <input type="checkbox"/> Бенгальский <input type="checkbox"/> Французский <input type="checkbox"/> Урду
Требуется переводчик: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Другое

**Для обработки вашего заявления отправьте нам почтой перечисленные ниже документы. Сохраните копию у себя.**

- Все счета и квитанции о расходах, относящихся к товарам и услугам, которые вы указали в разделах 5 и 6 данной формы заявления.
- Заполненная и подписанная вами форма заявления.
- По одной заполненной форме HIPAA для каждого медицинского и психиатрического учреждения, к которому вы обратились за услугами, имеющими непосредственное отношение к этому преступлению.
- Письма от любых страховых компаний или государственных учреждений, где вам отказывают или предоставляют выплаты по товарам и услугам, указанным вами в разделах 5 и 6 данной формы заявления.

**Помните: прежде чем OVS сможет произвести оплату, необходимо выставить счет вашей страховой компании или страховому плану.**

**Отправьте свои документы по адресу:** New York State Office of Victim Services  
AE Smith Building  
80 S. Swan Street  
Albany, NY 12210-8002

**Отправьте свои документы на адрес электронной почты:** [ovsintake@ovs.ny.gov](mailto:ovsintake@ovs.ny.gov)



**РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ  
В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ НІРАА  
[данная форма одобрена Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк]**

Полное имя пациента	Дата рождения	Номер социального обеспечения XXX-XX-__
Адрес пациента		

Я или мой уполномоченный представитель прошим, чтобы медицинская информация о моем медицинском обслуживании и лечении предоставлялась в порядке, предусмотренном в настоящей форме.

В соответствии с законодательством штата Нью-Йорк и нормами конфиденциальности, изложенными в законе «О мобильности и подотчетности медицинского страхования» 1996 г. (Health Insurance Portability and Accountability Act, НІРАА), я признаю указанную далее информацию.

1. Данное разрешение может включать разглашение информации, относящейся к **ЛЕЧЕНИЮ АЛКОГОЛЬНОЙ и НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ, ЛЕЧЕНИЮ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**, исключая записи психотерапевта, и **КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ, ОТНОСЯЩЕЙСЯ К ВИЧ\***, только в том случае, если я поставлю свои инициалы в соответствующей строке пункта 9(а). Если изложенная ниже медицинская информация включает в себя любой из этих видов информации и я поставлю свои инициалы в соответствующей строке пункта 9(а), я определенно даю разрешение на предоставление такой информации лицам, указанным в пункте 8.

2. Если я разрешаю предоставление информации о ВИЧ-инфекции, лечении алкогольной или наркотической зависимости или лечении психических заболеваний, получателю запрещается дальнейшее раскрытие такой информации без моего разрешения, если это не разрешено согласно федеральному законодательству или законодательству штата. Я понимаю, что у меня есть право требовать предоставления мне перечня лиц, которые могут без разрешения получить или использовать информацию, связанную с ВИЧ. Если я стану жертвой дискриминации в результате разглашения информации, касающейся ВИЧ, я могу обратиться в Управление по правам человека штата Нью-Йорк (New York State Division of Human Rights) по номеру (212) 480-2493 или в Комиссию по правам человека города Нью-Йорка (New York City Commission of Human Rights) по номеру (212) 306-7450. Данные организации отвечают за защиту моих прав.

3. Я имею право отозвать настоящее разрешение в любой момент, написав об этом поставщику медицинских услуг, указанному ниже. Я понимаю, что отзыв настоящего разрешения не распространяется на те случаи, когда на его основании уже совершены определенные действия.

4. Я понимаю, что подписание настоящего разрешения является добровольным. Мое лечение, выплаты, участие в плане медицинского страхования или право на получение помощи не зависят от разрешения на разглашение информации.

5. Информация, раскрытая в соответствии с настоящим разрешением, может быть повторно раскрыта ее получателем (кроме случаев, указанных выше в пункте 2), причем на такое повторное раскрытие информации могут не распространяться федеральное законодательство или законы штата.

**6. НАСТОЯЩЕЕ РАЗРЕШЕНИЕ НЕ ДАЕТ ВАМ ПРАВА ОБСУЖДАТЬ МОЮ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ ИЛИ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ МНЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ НИ С КЕМ, КРОМЕ АДВОКАТА ИЛИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ОРГАНА, УКАЗАННОГО В ПУНКТЕ 9(б).**

7. Название или имя и фамилия, а также адрес поставщика медицинских услуг или организации, которые могут раскрывать информацию:	
8. Имя, фамилия и адрес лица (лиц) или название категории лиц, которым эта информация будет отправлена: <b>NYS OFFICE OF VICTIM SERVICES – AE SMITH BLDG., 80 S. SWAN ST., ALBANY, NY 12210-8002</b>	
9(а). Вид предоставляемой информации <input type="checkbox"/> Сведения из медицинской карты за период с (указать дату) _____ по (указать дату) _____ <input type="checkbox"/> Вся медицинская документация, включая истории болезни, больничные записи (кроме записей психотерапевта), результаты анализов, результаты рентгенологических обследований, рентгенограммы, направления к специалистам, сведения о консультациях, платежные и страховые документы, а также документы, предоставленные другими поставщиками медицинских услуг. <input type="checkbox"/> Прочее: _____ Включить (отметить инициалами): _____ <b>наркотической зависимости</b> _____ <b>Лечение алкогольной или</b> _____ _____ <b>Информация о психическом здоровье</b> _____ <b>Информация о ВИЧ-инфекции</b>	
Разрешение на обсуждение медицинской информации (б) <input type="checkbox"/> Поставляя здесь свои инициалы, _____ я разрешаю _____ Инициалы _____ Фамилия поставщика медицинских услуг _____ обсуждать мою медицинскую информацию с моим адвокатом или государственным органом, которые указаны ниже. <b>УПРАВЛЕНИЕ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК ПО ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ УСЛУГ ЖЕРТВАМ ПРЕСТУПЛЕНИЙ (NEW YORK STATE OFFICE OF VICTIM SERVICES)</b> _____ (фамилия адвоката, название компании или государственного органа) _____	
10. Причина раскрытия информации <b>По запросу лица, чтобы установить соответствие критериям получения пособий Управления штата Нью-Йорк по предоставлению услуг жертвам преступлений.</b>	11. Дата или событие, при наступлении которых действие настоящего разрешения прекращается <b>Срок действия данного разрешения истекает после прекращения права лица на получение пособий OVS.</b>
12. Имя лица, подписывающего документ, если это не пациент:	13. Право подписи от имени пациента:

Все пункты данной формы заполнены, и мне предоставили ответы на все мои вопросы об этой форме. Кроме того, я получил (-а) копию этой формы.  
Дата: \_\_\_\_\_

Подпись пациента или представителя, уполномоченного по закону.

\* Вирус иммунодефицита человека, вызывающий СПИД. Закон штата Нью-Йорк о здравоохранении (New York State Public Health Law) защищает информацию, которая может быть использована для установления личности лица с симптомами или инфекцией ВИЧ, а также информации о контактах данного лица.